Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

53357

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIES EN FRANCE

SAVOIR

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

SUIVIS

DU BULLETIN MÉDICAL BELGE,

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DU DOCTEUR J.-R. MARINUS.

TOME TRENTE-SEPTIÈME.

SEPTEMBRE 1835. — 9e LIVRAISON DE LA 3e ANNÉE.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.

1835.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

AOUT 1835.

Recherches expérimentales sur l'oblitération des artères comme moyen hémostatique, précédées d'observations de gangrène sénile; par M. G.-F. Miquel, D. M., à Amboise.

J'étais loin de penser à entreprendre des recherches sur les divers moyens de déterminer l'oblitération des grosses artères, quand, il y a six ans, j'eus occasion de rencontrer quatre malades affectés de gangrène sénile. L'un d'eux (c'était une femme) âgé de soixante ans, atteint aux trois derniers doigts de l'une des mains, fut consulter d'autres médecins, j'ignore ce qu'il est devenu. Un autre, homme de soixante-cinq ans, avait le dessus du pied et la partie antérieure de la jambe gauche gangrenés, il mourut par suite d'une diarrhée très-forte. Le troisième, homme de soixante-six ans, ivrogne comme le précédent, eut le deuxième orteil du pied droit malade. Je lui fis l'amputation de cet orteil dans l'articulation phalangienne; je trouvai la phalange tellement molle, qu'elle se laissa couper comme un morceau de squirrhe. Les chairs étaient lardacées; une seule artère latérale donna du sang par jets gros comme une plume de corbeau, c'était celle la plus voisine du troisième orteil. La ligature immédiate était impossible, celle médiate ne l'était guère plus, car les chairs étaient d'une friabilité excessive. Je laissai couler deux palettes de sang, puis je rapprochai les lèvres de la plaie, et l'hémorrhagie cessa aussitôt que j'eus appliqué la bande qui tenait les linges.

Les douleurs cessèrent après le pansement, et le malade s'endormit aussitôt. Il faut noter que les souffrances étaient des plus vives depuis l'origine de la maladie. Il resta un trajet fistuleux qui ne guérit qu'après la sortie d'un séquestre du deuxième métatarsien.

Deux mois après l'amputation, le troisième orteil se gangrena : la nature fit les frais de cette guérison, la cicatrice ne fut retardée que par la fistule dont je viens de parler.

Gangrène sénile des deux membres inférieurs. — Amputation de l'une et l'autre cuisse. — Oblitération des artères.

Le quatrième sujet était la nommée Arnoult, de Vazelles, dont voici l'histoire. Cette femme, âgée de soixante-neuf ans, très-maigre, fit en 1822 une chute dans laquelle elle se fractura le col de l'humérus gauche; la réduction fut mal faite, et depuis, le bras ne put exécuter ses mouvemens habituels en arrière et en haut. En 1825 elle éprouva un étourdissement qui fut suivi d'hémiplégie du côté droit; cette infirmité disparut complètement sous l'influence des antiphlogistiques.

Six mois après être guérie de sa paralysie, cette malheureuse se fractura la clavicule droite; elle guérit dans un laps de temps assez court, et elle put encore reprendre son métier de colporteur.

Au mois de janvier 1828 elle fut prise de douleurs très-aiguës dans les deux premiers orteils du pied droit; le froid les augmentait considérablement; aucune altération extérieure n'accompagnait ces souffrances.

Au mois de mai suivant, les douleurs allaient toujours en augmentant, sans qu'il y eût seulement du gonflement; le deuxième orteil devint le siége, à sa face dorsale, d'une petite ulcération lenticulaire qui s'étendit, et laissa bientôt voir que cette femme était atteinte d'une gangrène sénile : le sommeil et surtout le coucher étaient impossibles; du reste, point de fièvre, ni autres désordres apparens.

La jambe était maigre; le pied n'était même pas gonflé. De tous les moyens employés, pas un ne produisit le plus léger soulagement. Cependant j'essayai tous ceux communément conseillés. La gangrène était bornée; depuis quelques jours, à la face dorsale du pied; le travail éliminatoire était déjà commencé, quand, après une forte application de sangsues faite au genou, le mal reprit une nouvelle extension.

L'impossibilité où cette femme était de se coucher fit gonfler ses jambes, surtout celle du côté malade, un érysipèle survint; alors le reste de la face dorsale du pied se gangrena.

Quelque temps après, une excoriation, faite à la face interne de la jambe, sembla être la cause de l'invasion de la gangrène dans cette partie. Pressée par mes conseils, cette malheureuse resta au lit; en vingt-quatre heures les jambes furent complètement désenflées, mais l'escarre ne cessa point de croître. Enfin, la gangrène se borna le 15 septembre.

Depuis long-temps la femme Arnoult demandait l'amputation; je réunis plusieurs de mes confrères cette opération fut décidée par ces messieurs qui trouvèrent que le visage n'était point altéré, que le pouls était bon. Il n'y avait point de fièvre; la soif n'était pas vive; les selles étaient régulières. La gangrène était bornée au-dessous du lieu où la jambe aurait pu être

amputée; mais comme l'artère poplitée ne battait pas, il fut décidé qu'on amputerait la cuisse.

Le 5 octobre 1828, je procédai à l'amputation aussi près du genou que possible; je la fis circulaire; je laissai une grande quantité de peau. L'artère fémorale se trouva oblitérée, trois artères musculaires furent liées; je réunis immédiatement à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Les douleurs cessèrent aussitôt après l'opération; la nuit suivante fut bonne, car la malade dormit continuellement.

Le 12, lorsque je levai le premier appareil, je trouvai la plaie réunie dans sa moitié antérieure.

Le quinzième jour après l'opération, le moignon devint un peu douloureux; un petit abcès déchira la cicatrice; les ligatures furent expulsées.

Le vingt-huitième, la cicatrice était complète, on aurait même pu se passer d'y mettre un linge.

La malade n'éprouva pas le moindre mouvement fébrile; je la tins à la diète la plus absolue pendant huit jours. Les suivans, elle prit quelques potages maigres; les douleurs disparurent pour toujours, et le sommeil fut bon toutes les nuits.

Le 1er janvier, 1830, l'autre jambe devint le siége de douleurs tout-à-fait semblables à celles éprouvées dans la gauche; elle rougit, se gonfla, je fus appelé, mais je ne pus empêcher la jambe entière de tomber en gangrène. L'artère poplitée était aussi sans pulsations, comme autrefois celle du côté droit. Le mal sembla commencer par le coude-pied et le gras de jambe simultanément. Les douleurs excessives que cette malheureuse éprouvait étaient telles qu'elle ne cessa de demander l'amputation. Trois semaines après que la gangrène fut bornée, lorsque l'élimination commença à se faire, je consultai, et procédai à cette opération. Le 18 mars elle fut pratiquée, comme celle de l'autre cuisse; la plaie n'offrit pas le même aspect, elle parut moins vermeille et comme abreuvée seulement par un sang veineux. L'artère fémorale n'était pas oblitérée complètement, son diamètre était beaucoup rétréci par l'épaississement des parois; elle laissait seulement baver un peu de sang noir, quelques artères musculaires en firent autant; des ligatures furent posées, la plaie fut réunie immédiatement.

La cessation des douleurs fut aussi prompte que lors de la première opération, notre malade parut aussi bien; le sixième jour je levai l'appareil. La plaie était réunie immédiatement dans son tiers antérieur; mais plus on approchait de son angle postérieur, plus elle était livide.

Le septième et huitième jours, les douleurs reparurent, mais elles furent moindres qu'avant l'opération; enfin, le neuvième jour, je ne dus plus douter que la gangrène eût envahi la plaie; successivement les douleurs augmentèrent, l'escarre se forma sur toute la portion de la plaie placée derrière le fémur, puis la réunion immédiate commencée n'eut plus lieu; les chairs se rétractèrent; l'os fit saillie, sans se dénuder. La mortification des parties se fit insensiblement, et surtout postérieurement; là, l'escarre acquit une épaisseur de dix lignes; les portions gangrenées ne parurent se séparer que trois semaines après l'amputation. Cette élimination commença par la partie antérieure, c'est-à-dire la moins profondément altérée; elle se fit lentement sans réaction sensible, de façon que quarante jours après l'amputation, la plaie était froncée et rétrécie de moitié, et cependant les parties tendineuses mortifiées n'étaient pas encore exfoliées; il se forma un petit abcès à la face postérieure du moignon qui s'ouvrit par la plaie.

La longueur de la maladie et la suppuration n'avaient point altéré le physique de la femme Arnoult d'une manière bien notable, tout faisait présager que cette malade supporterait complètement les suites de cette dernière opération; quand, dans les derniers jours de mai, cédant à son habitude de n'être presque pas couverte dans son lit, elle se débarrassa de ses couvertures, et dormit ainsi pendant quelques heures; alors elle contracta un violent catarrhe auquel elle ne voulut rien faire, et elle succomba le 20 du même mois. Je n'ai appris sa mort que quelques jours après, de façon qu'il m'a été absolument impossible d'entreprendre des recherches sur l'état des organes de la circulation.

Avant d'amputer cette bonne femme, je redoutais beaucoup qu'elle ne périt d'hémorrhagie; je craignais de rencontrer l'artère entourée de tissus lardacés et fragiles comme dans le cas précédent, ou bien qu'elle ne fût elle-même ossifiée ou cartilagineuse, ou enfin aisée à trancher par la ligature, et alors quel moyen aurais-je eu de me rendre maître du sang? L'embarras où de semblables cas avaient jeté devant moi des opérateurs habiles, n'était rien moins que rassurant, et cependant j'aurais eu tort de refuser l'opération à cette malheureuse, qui nous fournit un des cas les plus extraordinaires.

Des recherches me semblaient indispensables; j'entrepris, conjointement avec M. Pelletier, médecin à Amboise, plusieurs expériences qui m'ont suggéré les réflexions qu'on va lire (1).

Dans la première série d'expériences que nous avons tentées, deux essais infructueux ont été faits pour obtenir l'agglutination de la paroi externe de l'artère avec elle-même, en recourbant l'extrémité du vaisseau. Cette idée n'était qu'une conception malheureuse, nous n'y reviendrons pas; il n'est bon de la mentionner ici que pour empêcher d'autres expérimentateurs de l'essayer; cependant ces deux faits ne seront pas tout-à-fait perdus, car l'hémorrhagie n'a pu être prévenue quoique l'artère liée fût saine; elle s'est arrêtée seule, il est vrai, mais il n'en aurait pas été de même, sans doute, chez l'homme, ce qui doit rendre circonspects ceux qui jugent de l'emploi des moyens hémostatiques par l'effet qu'ils obtiennent sur les animaux.

---

(1) Ces expériences nombreuses et fort détaillées, ne pouvant être rapportées ici en entier, nous en ferons connaître les principales circonstances dans le prochain numéro.

L'introduction de corps étrangers dans le calibre des artères après leur section en travers, a eu des effets dignes de la plus sérieuse attention. J'ignore tout-à-fait si d'autres expérimentateurs en ont observé de pareils ; je crois utile de les signaler.

1° Le premier de ces effets c'est l'inflammation de toute l'épaisseur des parois de l'artère; elle est déjà remarquable au bout de vingt-quatre heures, par la rougeur, puis plus tard par l'épaississement des différentes couches qui les composent, par le boursouflement, surtout, des membranes les plus internes. — Ce boursouflement est tel que l'artère paraît intérieurement formée d'une quantité infinie de valvules transversales. Tant qu'elle n'est qu'à ce degré, l'inflammation peut se résoudre; alors le gonflement se dissipe et les tuniques internes prennent l'aspect d'une membrane plus large que celle qui les enveloppe; mais au moins leurs intersections cessent d'être apparentes. — Quand le corps étranger est trop gros, la gangrène peut bien être la suite de cette inflammation, tandis que lorsqu'il est trop petit elle est partielle et n'a lieu seulement que dans le point le plus voisin de lui ; alors les autres portions du canal restent saines et exécutent leurs fonctions.

Un corps qui n'a guère que le huitième du calibre du vaisseau, ne produit qu'une inflammation partielle; elle est totale quand il a le quart ou un peu plus. S'il l'emplit en entier, et s'il est de substance altérable, il produit toujours la gangrène. — Le corps étranger demeure très-long-temps en place ; la membrane fibrineuse s'amollit et devient jaune, pultacée et s'ulcère absolument comme dans certains cas d'altération chronique de gros vaisseaux attribuée à un vice intérieur.

Outre le gonflement de toute l'épaisseur du tube artériel et de son enveloppe, une chose digne de remarque, et que je n'ai jamais manqué de rencontrer, c'est le gonflement des ganglions lymphatiques dans le voisinage du mal; gonflement semblable en tout à celui qu'éprouvent ceux placés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques venant des surfaces en suppuration.

2° Le second effet de la présence d'un corps étranger dans l'extrémité de l'artère, c'est la suspension du cours du sang dans la portion du vaisseau occupée par le corps étranger. Cette suspension est seulement partielle quand le corps introduit n'est pas suffisamment gros; mais quand il a la moitié du calibre de l'artère, elle a toujours lieu complètement, comme je l'ai déjà dit. A quelle époque arrive-t-elle après cette introduction? C'est ce que je n'ai pas pu constater bien positivement; mais il est sûr qu'elle ne tarde pas beaucoup, et qu'elle a lieu dès que l'inflammation commence à se développer, peut-être même plus tôt. Comment se fait-elle ? Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'est pas essentiel pour cela que l'artère soit oblitérée à plus de moitié de son calibre. Elle n'est pas le simple résultat d'une action purement mécanique, mais vitale; ce qui le prouve c'est ce que j'ai vu sur le chien de la deuxième série où je trouvai la corde sortie de l'artère crurale. Dans cette même artère je pouvais faire pénétrer un stylet sans aucune espèce d'efforts. Plus tard, dans la série numéro IV, je trouvai l'aorte divisée, et contenant un corps étranger bien petit en raison de sa cavité, et cependant le sang n'y passait plus depuis quelque temps, quelque voisin que fût le cœur de cette altération. Enfin, pendant les recherches que je faisais pour découvrir les artères sur lesquelles j'allais expérimenter, j'ai vu plusieurs fois celles que je cherchais, confondues avec les nerfs et autres tissus voisins, cesser de battre tout-à-fait au point d'être obligé de les prendre et quitter plusieurs fois, tant elles étaient aplaties et vides, tandis que quelques minutes après les avoir placées sur un stylet elles redevenaient perméables au sang; alors, dès que je les ouvrais, le sang jaillissait, leurs battemens devenaient graduellement plus forts, et enfin plus le sang coulait, plus son jet augmentait.

Cette interruption du cours du sang peut être quelquefois partielle, mais, au milieu des obstacles mécaniques que le corps étranger apporte, il est encore aisé d'y voir une intelligence vitale : le cours du sang suit le trajet sain; toutes les expériences que j'ai faites sur l'aorte le prouvent plus ou moins.

3° Cet état violent, sans doute, ne peut durer sans qu'il y ait bientôt obturation de l'artère; du sang coagulé d'abord, puis une matière fibrineuse, puis une matière plus ou moins purulente viennent former un bouchon qui est retenu ensuite par cette série de valvules qui forment les rides, suite du gonflement des membranes internes et moyennes des artères ; enfin lorsque le mouvement inflammatoire est passé, lorsque le sang a pris une route autre que celle habituelle, les parois du vaisseau finissent par contracter des adhérences à l'aide de cette substance; plus tard le vaisseau s'atrophie et devient ligamenteux si la suppuration ou la gangrène ne l'ont pas altéré plus profondément.

4° La question de savoir si les artères jouent seulement un rôle passif dans la circulation a occupé bien des fois les physiologistes ; j'ignore même si quelques uns les ont regardés comme bien actives dans cette importante fonction. Mes expériences m'ont appris que parfois elles peuvent acquérir une force de contraction assez considérable; car les corps que j'ai introduits dans les artères des animaux ont été expulsés plus ou moins complètement, en raison du temps écoulé entre l'expérience et la nécroscopie. Quand ils n'étaient pas expulsés, ils étaient brisés, en plusieurs endroits; ce qui suppose un mouvement très-énergique et assez prompt, puisque les bougies se sont trouvées brisées de pouce en pouce dans plusieurs cas, vingt-quatre heures après leur introduction. Il est vrai que ce qui est arrivé dans les séries numéros V et VI, où la bougie dirigée vers le cœur a été poussée dans une carotide, et dans la série numéro IV, où la bougie poussée dans l'aorte est allée sortir dans l'artère crurale du côté opposé, semble prouver qu'il y a aussi, dans ces cas, influence du centre circulatoire. Sans doute que l'action a été multiple; mais toujours est-il qu'il reste démontré qu'il y a dans ces vaisseaux la faculté d'acquérir un mou-

vement tel que les corps qu'ils contiennent finissent par être expulsés de leur cavité.

Il est encore des phénomènes généraux éprouvés par les animaux sur lesquels j'ai opéré, qui sont dignes de la méditation des physiologistes, tels sont la maigreur extraordinaire, etc. Mais comme ce n'était pas eux que je voulais étudier, qu'il eût fallu pour cela multiplier mes expériences au-delà de mon loisir et de mes facultés, je ne m'y arrêterai pas. Il en est un que je ne puis oublier de faire remarquer; c'est la manière dont la vie triomphait de ces vastes altérations, et dont le cœur luttait avec avantage contre les obstacles qu'il avait à vaincre, notamment dans le cas où il se fit un si grand amas de matières fibrineuses dans les ventricules (voir la série n° VI). Puis enfin que penser de cette hypothèse que certaines fièvres, telles que celle de la scarlatine, mettent la vie en danger par la rougeur de quelques points de l'intérieur des gros vaisseaux du cœur? Ces faits suffiraient pour prouver que désormais cette opinion n'est plus soutenable.

Peut-on espérer tirer parti de ces recherches pour la chirurgie, même après les belles expériences de MM. Amussat et Velpeau? Je crois que oui; car enfin la torsion des artères et l'application des épingles, qui ne sont efficaces que par l'irritation locale mais violente qu'elles produisent, ne sont pas toujours praticables.

L'introduction de corps étrangers dans les artères ne pourra-t-elle pas être conseillée dans les cas d'opération chirurgicale où ces vaisseaux seront ossifiés, cartilagineux, ou seulement enflammés ou aisés à trancher, et dans les cas d'anévrisme impossible à atteindre avec le bistouri du chirurgien? Sans doute que ces introductions forcent à découvrir l'artère, et surtout à faire la ligature. Mais, dans un cas d'anévrisme, il ne sera pas toujours indispensable, pour opérer, d'aller la découvrir, pour le moins immédiatement au-dessous de la tumeur. Je crois avoir laissé suffisamment pressentir, dans l'exposé de mes expériences, qu'il n'était pas nécessaire de les lier fortement, qu'il suffisait d'arrêter le corps et d'empêcher le vaisseau de se dilater. J'ai la conviction que, dans le cas où il serait impossible de lier, il suffirait d'introduire un corps un peu long, et du volume de l'artère, par l'une de ses extrémités, puisque cela m'a suffi dans un cas (voir la série n° X), et que, dans d'autres, en pressant l'artère avec les ongles sur le corps que j'y avais introduit, cela suffisait pour le faire rester en place. D'ailleurs, autant que je puis le croire, il suffirait de contenir par les doigts, ou autres moyens, le corps obturant pour que l'inflammation qui suspend le cours du sang fût assez forte pour le retenir et prévenir l'hémorrhagie. Enfin, dans certaines amputations, où l'on trouve des artères ossifiées, cartilagineuses ou aisées à trancher avec le fil, ce moyen ne sera pas à dédaigner. N'a-t-il pas même été employé bien avant que j'aie cherché à savoir rigoureusement ce qu'on peut attendre de l'inflammation aiguë de toute l'épaisseur des parois d'une artère?

Enfin, est-ce à l'oblitération des gros vaisseaux qu'est due la gangrène sénile? Dans l'une des observations que j'ai citées, nous l'avons vue envahir à peine à deux lignes d'étendue dans une artère qui donnait à pleins jets un sang vermeil et très-rutilant; nous l'avons vue même se reproduire malgré cela dans le lambeau qu'occupait cette artère. Si ce fait pouvait paraître une exception, je pourrais en citer encore un tout semblable, pour contre-épreuve. Nous avons vu des chiens chez lesquels j'ai déterminé les oblitérations les plus considérables possible, avec embarras au cœur, et qui malgré cela n'ont rien éprouvé de pareil; au contraire, c'est que, malgré leur âge, nous avons vu comment la vie pouvait résister à ces grands désordres.

Quelques personnes ont attribué les ulcérations des artères à une disposition tuberculeuse; l'une des dernières séries surtout nous montre un état tout-à-fait semblable à celui trouvé chez l'homme et développé sous l'influence d'une irritation vive long-temps prolongée.

Telles sont les principales observations qui me semblent résulter de nos expériences; puissent-elles dédommager ceux qui auront pris la peine de les lire.

MIQUEL (d'Amboise).

Sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui vient de régner pendant sept mois dans la commune de Ventenges, consécutivement à celle des communes de Pébrac et de Dijon, qui dura trois ans; par M. A. TARDIEU DE ST-ALBAN, docteur-médecin, résidant à Sangues (Haute-Loire).

L'épidémie de Ventenges a succédé à celle de Pébrac, et s'est communiquée à cette commune de proche en proche, de maison à maison, en parcourant les villages voisins de ces deux communes: ainsi, après être restée stationnaire pendant deux ans dans quelques maisons appartenant aux villages qui sont sur les hauteurs du vallon de Pébrac, tels que Charaix, Orlac, Ganillon, elle a débuté dans le village de Masset, commune de Ventenges, et le 10 décembre elle s'est manifestée sur un enfant âgé de seize ans, chez le propriétaire Savi, au chef-lieu de la commune (Ventenges).

Cette maladie offrit les caractères de la fièvre décrite par les anciens sous le nom de muqueuse, lente, nerveuse, maligne, bilieuse, etc. Les symptômes appartenant à la première période, ou d'incubation, furent si peu alarmans, qu'il était difficile de prévoir l'issue funeste qu'elle devait avoir. Il y eut un état de stupeur ou d'anéantissement des forces, caractérisé par le décubitus en suppination et un peu de léthargie; le pouls était développé, fréquent, régulier; la langue rouge sur les bords, enflée, saburrale, lancéolée; l'ouïe était difficile; la face animée; la céphalalgie sus-orbitaire; l'épigastre et la région abdominale étaient sensibles à la pression; il y avait de la diarrhée; la peau était sèche.

Vers le douzième jour les symptômes s'aggravèrent; la langue et les dents se recouvrirent d'un enduit fuli-

gineux noirâtre, fortement adhérent à ces parties; il y eut prostration des forces, insensibilité de tous les sens, léger délire, météorisme de l'abdomen. Enfin la dernière catastrophe arriva.

Dans ce cas (qui caractérise assez la gastro-entéro-céphalite, ou fièvre typhoïde des modernes), soit que l'on redoutât peu, dans le principe, les suites de la maladie, soit que les médecins appelés séparément aient émis des opinions opposées, le traitement fut mal combiné et surtout mal exécuté.

Bientôt les ravages de cette affection s'étendirent dans la maison, par l'effet du défaut de précautions hygiéniques, d'une construction vicieuse de l'habitation Savi, qui, percée seulement sur sa paroi antérieure, ne permet aucune ventilation; de l'encombrement, d'une nombreuse famille dont les lits, construits à l'instar de la cabane du berger, et distribués en nombre dans le même appartement, concentrent les émanations animales et les disposent à vicier l'atmosphère. A ces circonstances favorables au développement de ce qu'on appelle un foyer fébrile, se joignait encore l'encombrement des animaux dans les écuries qui communiquent avec l'habitation du propriétaire; le séjour prolongé des fumiers, et surtout encore les cloaques infects dans lesquels sont mises en fermentation tant des substances animales ou végétales que l'on rencontre devant la porte ou dans les basses-cours de ladite habitation; des variations atmosphériques très-fréquentes dans la saison (hiver), et dans une localité exposée à tous les vents par sa position élevée; aussi se développa-t-il successivement dans chaque membre de cette nombreuse famille, à l'exception du fils aîné, les germes d'une affection moins dangereuse, *en masse*, que longue et ruineuse pour la santé et les fortunes.

Ainsi marcha de maison en maison le fléau de Ventenges; il se communiqua dans quelques villages de la paroisse, tels que Meyrounc, le Mazel, Lavez et le Ménial. Quoique les observateurs de la fièvre typhoïde, tels que M. Chomel, ne se soient pas prononcés sur la question de la contagion, une expérience de quinze ans dans un pays où cette maladie est endémique, m'a donné la certitude que les individus qui restent longtemps exposés à l'influence des miasmes contractent généralement la maladie. C'est peut-être à cette circonstance que nous devons la cessation de l'épidémie de Ventenges. L'épouvante qui a régné parmi les habitans de cette contrée a été au point que les malades ne trouvaient pas de gardes, le propriétaire, de laboureurs; et qu'il nous est souvent arrivé d'être obligé de présenter la tisane aux malades délaissés par leurs parens et amis. Je le répète, cette séquestration des malades n'a pas peu contribué à l'extinction de l'épidémie.

L'analogie dans la marche de la maladie qui nous occupe, la ressemblance de ses symptômes ont été remarquables; aucun malade dans l'espace de sept mois n'a échappé à la complication de l'épidémie régnante; chez tous on a observé cette marche lente, insidieuse, cette prostration des forces qui caractérise l'adynamie; rarement les symptômes ataxiques ont-ils compliqué les adynamiques. On a moins observé à Ventenges qu'à Pebrac les pétéchies, les escarres gangréneuses, les dépôts critiques. Comme on le voit par le tableau adressé à M. le préfet de la Haute-Loire, les femmes et les enfans ont été plus spécialement atteints: chez eux, le système absorbant ayant plus d'activité, les crises se sont faites plus aisément; la nature n'a pas eu recours aux grands moyens qu'elle emploie dans d'autres circonstances.

La marche de l'épidémie de Ventenges n'a varié que par sa gravité dans les cas mortels, ou par quelques symptômes isolés, tels que les aphtes de la bouche et de la langue, ou bien une couenne blanche recouvrant la muqueuse buccale.

Chez plusieurs malades les symptômes d'inflammation gastrique se sont compliqués de la gêne dans la respiration, et d'un état de phlogose des poumons, des plèvres, et de tous les organes thoraciques. L'autopsie du nommé Teyssier, homme d'une constitution forte, d'un tempérament bilieux, âgé de cinquante-cinq ans, a démontré un état gangréneux des poumons, du cœur, des plèvres, etc., coïncidant avec les taches rouges gangréneuses de l'estomac, du colon, de l'intestin grêle, et le ramollissement de la propre substance du cerveau.

Les sept autres malades ont succombé par suite des progrès de la gastro-entéro-cérébrite.

La convalescence s'est fait plus ou moins attendre selon la violence de la maladie, et s'est prolongée en raison des lésions qui ont eu lieu; souvent une longue diète devenait nécessaire; l'estomac s'irritait, surtout par l'ingestion des bouillons gras; ce n'est que très-insensiblement que l'on pouvait passer à l'usage des substances animales; on observait toujours un amaigrissement considérable; la peau, devenue terreuse ou écailleuse, se renouvelait; les cheveux tombaient; quelquefois un léger délire se prolongeait dans la convalescence.

M Chomel est disposé à faire résider la fièvre typhoïde dans le sang. D'après ses effets destructeurs sur la peau et de la muqueuse intestinale observés à Pébrac et à Ventenges, nous serions plutôt porté, comme les anciens, à lui assigner le système nerveux; l'étroite sympathie qui existe entre ces organes, la nature de leur tissu et l'excellence de leur sensibilité, seraient tout autant de considérations qui, dans la variété de typhus observé à Ventenges et à Pébrac, militeraient en faveur de notre opinion. Cette espèce d'élection que fait la maladie en attaquant de préférence les femmes et les enfans, chez qui le système nerveux est doué d'une exaltation particulière, n'entrerait pas moins dans nos considérations.

Comme il a été impossible d'assigner une cause connue au développement de notre épidémie, il n'est pas en notre pouvoir d'indiquer un traitement fixe à une maladie qui se joue également des remèdes et des tempéramens, des saisons et des moyens prophylactiques.

Nous avons eu recours à l'éclectisme; nous avons

essayé des purgatifs tirés de la classe des minoratifs : nous n'avons rien reconnu de merveilleux dans leur emploi, et nous les avons jugés tout au moins inutiles, excepté dans quelques indications particulières. Le traitement antiphlogistique, employé dans le début seulement, nous a paru plus heureux. La saignée générale, locale, variée selon les cas, les boissons mucilagineuses, rafraîchissantes, les vésicans dérivatifs ou révulsifs, les toniques antispasmodiques combinés avec les mucilagineux ont été heureusement mis à contribution dans la dernière période.

Les crises ont eu lieu par résolution ; par l'expectoration des crachats muqueux ; par des sueurs, des urines briquetées, des évacuations alvines.

Les chlorures de chaux ou de sodium, employés comme désinfectans, n'ont pas eu un effet remarquable.

Influence de l'âge sur la taille et le poids de l'homme.

Des recherches nombreuses faites à Bruxelles sur la taille et le poids de l'homme et de la femme, ont conduit aux résultats suivans:

1° Dès la naissance, il existe une inégalité, pour le poids et pour la taille, entre les enfans des deux sexes : le poids moyens des garçons est de kilog. 3,20 ; celui des filles, de kilog. 2,91 ; la taille des garçons est de m. 0,500 et celles des filles, de m. 0,490.

2° Le poids de l'enfant diminue un peu jusque vers le troisième jour après la naissance, et il ne commence à croître sensiblement qu'après la première semaine.

3° A égalité d'âge, l'homme est généralement plus pesant que la femme ; vers l'âge de douze ans seulement, un individu de l'un ou de l'autre sexe a le même poids. Entre un et onze ans, la différence du poids est de 1 kilogramme à 1 kilogramme et demi ; entre seize et vingt ans, elle est de 6 kilogrammes environ ; et après cette époque, de 8 à 9 kilog.

4° Quand l'homme et la femme ont pris leur développement complet, ils pèsent à peu près vingt fois autant qu'au moment de leur naissance, et leur taille n'est qu'environ trois fois et un quart ce qu'elle était à la même époque.

5° Dans la vieillesse, l'homme et la femme perdent environ six à sept kilogrammes de leur poids, et sept centimètres de leur taille.

6° Pendant le développement des individus des deux sexes, on peut regarder les carrés des poids aux différens âges comme proportionnels aux cinquièmes puissances des tailles.

7° Après le développement complet des individus des deux sexes, les poids sont à peu près comme les carrés des tailles.

On déduit des deux relations précédentes que l'accroissement en hauteur est plus grand que l'accroissement transversal, comprenant la largeur et l'épaisseur.

8° L'homme atteint le maximum de son poids vers quarante ans, et il commence à perdre d'une manière sensible vers l'âge de soixante ans.

9° La femme n'atteint le maximum de son poids que vers l'âge de cinquante ans. Pendant le temps de sa fécondité, c'est-à-dire entre dix-huit et quarante ans, son poids augmente d'une manière peu sensible.

10° Les poids des individus qui ont été mesurés et qui étaient entièrement développés et régulièrement construits ont varié dans des limites qui sont comme 1 est à 2 environ ; tandis que les tailles n'ont varié que dans des limites qui étaient au plus comme 1 est à 1 1/3. C'est ce qu'on déduit des valeurs suivantes données par l'observation :

	Maximum	Minimum	Moyenne
Poids de l'homme	kil. 98,5	kil. 49,1	kil. 63,7
—— de la femme	— 93,8	— 39,8	— 55,2
Taille de l'homme	mètr. 1,890	mètr. 1,467	mètr. 1,684
—— de la femme	— 1,740	— 1,408	— 1,579

11° A égalité de taille, la femme pèse un peu moins que l'homme avant d'avoir la hauteur de m. 1,3, qui correspond à peu près à l'âge de puberté, et elle pèse un peu plus pour les tailles plus élevées.

12° Le poids moyen d'un individu, quand on ne considère ni le sexe ni l'âge, est de 44,7 kil. ; et, en tenant compte des sexes, il est de 47 kil. pour les hommes, et de 42,5 kil. pour les femmes.

Des recherches qui ont été communiquées par M. Villermé, montrent que feu M. Tenon, membre de l'Institut de France, avait obtenu des résultats semblables dans les environs de Paris. Les voici (on a aussi fait la déduction des habits) :

	Maximum.	Minimum	Moyenne.
Poids de l'homme	kil. 83,306	kil. 1,398	kil. 62.071
—— de la femme	— 74,038	— 36,805	— 54,916

M. A. Quetelet a trouvé à Cambridge, pour la taille et le poids de l'homme de dix-huit à vingt-cinq ans, sans la déduction des habits : pour le poids, kil. 68,46 ; pour la taille, 1 mètre 768 centim.

Il est vrai que ces hommes appartenaient à la classe aisée, où ils surpassent en général ceux de la classe inférieure, pour la taille et le poids.

(*Extr. de l'Ann. de l'Observatoire de Bruxelles.*)

BIBLIOTHÈQUE

HOMOEOPATHIQUE.

AOUT 1835.

SUR LE VENIN DES SERPENS,

COMME REMÈDE.

(*Suite du* T. V, p. 144.)

Septième observation.

Un homme jeune et robuste fut pris, sans cause apparente, d'une douleur contuse au second doigt du pied droit. Le soir, il survint une enflure bleuâtre qui s'étendit jusqu'au genou, et qui augmentait par l'action de marcher. Une application de vinaigre et de sel fait disparaître l'enflure, mais le patient ne peut marcher. Douleur aux tendons des deux genoux, impossibilité d'étendre le pied. Le doigt de pied malade est douloureux à la pression, pendant la marche et les mouvemens d'extension, et ne supporte aucune chaussure.

Quatre jours après la première dose de *lachesis*, le malade pût marcher sans inconvénient pendant une demi-heure; il ne restait plus qu'un peu de sensibilité à la plante du pied. Au bout d'une semaine, il survint une enflure non douloureuse à la joue, mais le patient ne voulut plus rien prendre, et je ne l'ai pas revu depuis lors.

Le *lachesis* s'est montré efficace dans beaucoup de cas de raccourcissement des tendons, et des douleurs tensives en général le long des bras, des cuisses, de la nuque à l'œil, etc., etc.

Huitième observation.

Un jeune homme souffrait d'une dyspepsie, et se trouvait réduit à un état misérable par la maladie et les remèdes. Depuis long-temps, il n'obtenait d'évacuations alvines qu'au moyen de lavemens. Divers médicamens homœopathiques n'aboutirent qu'à ramener la maladie à une forme plus simple; les mêmes symptômes persistaient presque de la même manière, quoique cependant il y eut en général quelque amélioration. Plusieurs symptômes nouveaux qui survinrent alors fournirent l'indication à suivre pour le choix d'une substance.

Tableau de la maladie. Appétit tantôt très-bon, tantôt nul. Impossibilité d'attendre pour manger, par suite de tiraillement et rongement d'estomac. Après avoir mangé, vertige, pesanteur, lassitude, dyspnée et oppression. Renvois fréquens qui soulagent; quelquefois les alimens remontent. Quand les renvois n'ont pas lieu, le patient se sent fort mal.

Pression très-pénible, sur un point circonscrit entre le nombril et le creux de l'estomac, qui empêche de respirer, et qui est mitigé par les renvois.

Pendant le jour, accès fréquens de malaise, de dyspnée, de faiblesse jusqu'à la défaillance et de battemens de cœur; le tout accompagné de sueur froide.

Le soir, au lit, le moindre obstacle qui se présente devant la bouche ou le nez occasionne une difficulté de respirer qui fait craindre la suffocation.

Constipation permanente, comme toujours.

Pâleur et maigreur excessives; le teint du visage est livide et jaunâtre.

Après avoir été assis, douleurs dans les cuisses, et raideur des genoux.

Une première dose de *lachesis*, le seul remède qui offrît la réunion de tous ces symptômes dans l'ordre de leur importance, améliora d'abord le sommeil, puis le teint du visage, puis les renvois et les symptômes qui en dépendaient. Le sentiment de suffocation disparut subitement, et les accès ne revinrent que très-mitigés. Les autres symptômes persistèrent.

Une seconde dose les diminua sensiblement, surtout la constipation.

A la suite de la troisième dose, de nouveaux symptômes se montrèrent, mais l'exacerbation des premiers se calma, et la guérison marcha rapidement. Au bout de quelques semaines le malade avait repris ses forces et sa bonne mine.

De grandes fatigues et des fautes de régime exigèrent plus tard l'emploi de quelques autres remèdes; mais les symptômes guéris par le *lachesis* ne reparurent plus.

Neuvième observation.

Un jeune homme, de disposition phthisique, avait eu en automne une inflammation de poitrine, et, comme cela arrive une fois sur deux après les évacuations sanguines, il resta maladif, et vint au printemps, tourmenté par une toux continuelle et très-amaigri, demander les secours de l'homœopathie.

La *sepia* sembla d'abord indiquée, et amena en effet pour quelques semaines une amélioration si marquée que le patient reprit courage. Toutefois, le mieux ne dura que trois semaines, et après une seconde dose, tout empira de nouveau. Je considère toujours cela comme une indication de la non-convenance du re-

mède. D'autres substances, entre autres *stannum*, n'influèrent que sur des symptômes accessoires, mais eurent l'avantage de mettre plus en évidence pour moi les symptômes essentiels de la maladie, par exemple l'*exaspération de la toux après le sommeil.* Je me décidai à donner le *lachesis.*

Tableau de la maladie. Toux brève, peu profonde, bruyante, très-éprouvante, amenant quelquefois du vomissement. Expectoration très-difficile, en général rare, et toujours de deux sortes, savoir : une mucosité claire et filante, et de petits grumeaux ronds et épais, qui, expulsés, s'éparpillent dans des directions divergentes. Le patient tousse, crache, expectore, le tout pêle-mêle, mais les mucosités se détachent très-difficilement du cou. Toux *pendant le jour seulement* (symptôme caractéristique pour le *lachesis*, qui a toutefois aussi la toux pendant le sommeil à l'insu du malade). La toux s'exaspère après avoir marché à l'air libre, après avoir parlé, ce qui cause une *sécheresse* au cou, et provoque ainsi la toux. Celle-ci augmente aussi par un temps humide et quand le malade a mangé du poisson. Elle semble partir de la région précordiale, où elle débute par un chatouillement qui se change en douleur vive pendant la toux. Il s'y joint une douleur comme d'un abcès sous les côtes, et de la salivation à la bouche. Respiration pressée, surtout après un travail des bras. Quand le malade se lève après avoir été assis, il ressent dans les genoux une raideur et une faiblesse telles qu'il peut à peine se mouvoir. Son corps se voûte en marchant comme par suite de débilité. Avant midi, malaise et anorexie.

Après une dose de *lachesis*, la toux devint très-violente pendant une heure, et il s'opéra, cette fois seulement, une expectoration de mucosités jaunâtres; la toux devint ensuite plus facile et moins fréquente. Au bout de trois à quatre jours, tout empira de nouveau, sauf l'amélioration du teint qui persista. Après la seconde dose, le progrès reprit d'une manière plus marquée et plus soutenue. Plusieurs doses successives firent disparaître ainsi peu à peu tous les accidens morbides. La voix rauque et phthisique s'éclaircit, le malade reprit une bonne démarche, des forces, du bien-être, et entreprit alors un voyage d'affaires.

Dixième observation.

J'ai donné le *lachesis* avec un succès remarquable, dans le cas suivant d'une affection chronique invétérée, chez une jeune femme réduite à un haut degré d'émaciation. Son état ne s'était un peu amélioré que par un traitement homœopathique, pendant lequel la *sepia* n'avait eu que passagèrement un effet salutaire.

Tableau de la maladie. Entre la hanche droite et le nombril, tumeur interne à peu près de la grosseur du poing, accompagnée de vives douleurs, principalement brûlantes et pulsatives. Cette tumeur tend à se retirer vers le haut, excepté pendant la marche où elle s'abaisse, et saille de manière à devenir visible. Dans la tumeur, battemens isochrones, accompagnés d'une sorte de murmure, ressenti non-seulement par la malade, mais encore par la main appliquée sur la tumeur. Ces symptômes augmentent à la suite de mouvemens un peu rapides, d'efforts, etc.; on voit alors, quand la malade se couche sur le dos les pulsations par-dessus les vêtemens. Elle les ressent également dans la région ombilicale, et jusque dans le dos. Quand les battemens s'exaspèrent, il s'y joint une douleur interne brûlante, qui s'étend de là en haut et en bas le long de la cuisse. De tous les autres symptômes, je ne mentionnerai ici que la couleur terne, livide, tachetée du visage, semblable à celle qui accompagne le cancer de l'utérus. La menstruation était régulière, et une descente utérine s'était améliorée.

Immédiatement après le *lachesis*, la malade ressentit dans toute la région abdominale des symptômes entièrement nouveaux, des tiraillemens, des pelotonnemens, de la pesanteur, de la pression vers le bas. La douleur brûlante accoutumée persista, avec des accès plus fréquens de chaleur et de frisson. Je donnai ensuite l'*arsenic* et la *noix vomique*, qui antérieurement avaient été sans effet, et qui maintenant atténuèrent les accidens, sans influer toutefois sur la sensation sourde et intolérable de pesanteur. J'administrai le *platine* à la suite duquel il se fit à l'intérieur comme un déchirement subit qui amena, pendant plusieurs jours, l'expulsion par l'anus d'une grande quantité de pus et de sang. Toute la maladie disparut alors au point que la patiente se refusa à continuer un traitement.

J'ai indiqué très-brièvement, dans le tableau des symptômes du *lachesis*, plusieurs cas analogues à ceux que je viens de citer, et c'est bon d'observer que je possède des observations parallèles pour presque tous. J'ai donné le *lachesis* en tout environ soixante fois, et dans cinquante cas avec plus ou moins de succès.

Il est nécessaire, en général, de répéter la dose, et cela plus fréquemment que pour toute autre substance. Quelque persistans qu'aient été les symptômes dans les épreuves sur l'homme sain, ils n'ont eu que peu de permanence dans leur application aux maladies. A quelques exceptions près, je n'ai vu la guérison s'opérer qu'à l'aide de doses répétées.

L'action du *lachesis* est aussi rapide que celle de toute autre substance connue, et cela non-seulement dans les affections aiguës et dangereuses, mais aussi dans les maladies chroniques, où elle se fait sentir souvent au bout de quelques heures. Plus son action salutaire est prompte et plus elle est passagère; elle disparaît quelquefois après 24 ou 36 heures. J'ai toujours répété alors; d'après le principe, de renouveler la dose dès que l'amélioration s'arrête. Il ne faut pas hésiter, dût-on donner 5, 6, ou 7 doses successives. Je ne me suis jamais laissé dérouter par les symptômes nouveaux qui provenaient évidemment de l'action du remède, lorsque je voyais l'amélioration se soutenir pour l'état moral, ou la digestion, ou les fonctions de la peau, ou le sommeil. Très-souvent, j'ai donné la seconde dose déjà 6, 12, 14 heures après la première, lorsque celle-ci avait produit de l'exacerbation. Dans

ces cas-là, l'effet salutaire a duré le plus long-temps.

Quelquefois le remède ne produisait aucun effet, je donnais alors une nouvelle dose au bout de 4 ou 7 jours. J'ai administré plusieurs fois jusqu'à 4 ou 5 doses avant d'obtenir un effet de réaction.

Dans beaucoup de cas, il a été convenable de répéter le *lachesis*, après un remède intermédiaire. Souvent aussi d'autres substances ont été indiquées après le *lachesis*. Son effet était fréquemment d'améliorer beaucoup l'état morbide, et de fournir des indications très-précises pour le choix d'un remède subséquent.

Je n'ai jamais observé, comme de bien d'autres substances, des effets nuisibles de l'administration du *lachesis*, même à doses répétées et dans des cas d'expérimentation où il ne se trouvait point indiqué. Les substances dont l'action a de l'analogie avec celle de ce venin, se trouvent d'ailleurs en grand nombre dans les autres règnes, et il est toujours facile de modérer ses effets par un antidote.

Cependant, lorsque j'ai commencé à le donner à doses réitérées, j'ai été frappé de cette nécessité de répétitions fréquentes, ainsi que de l'insuffisance de ce remède qui exigeait souvent l'emploi consécutif d'autres substances. Sans doute il y a des maladies, qui tout en paraissant presque identiques à d'autres, en diffèrent cependant absolument par des symptômes essentiels. Dans ces cas-là, nous manquons souvent le remède convenable, parce que nous ne savons pas encore exactement quels sont les symptômes caractéristiques des substances et des maladies. Lorsque nous donnons un remède qui correspond en apparence à tous les accidens d'un état morbide, sauf à ce qu'il a d'essentiel, nous ne combattrons jamais que des symptômes accessoires sans attaquer la racine du mal; et alors les accidens reviendront avec plus de force. Beaucoup de substances renferment dans la sphère de leur action des symptômes opposés entre eux, sans que cela implique contradiction. Il n'y a rien de contradictoire dans la pathologie et la physiologie de la nature. L'opposition des effets d'un même agent n'est qu'apparente, et les remèdes les plus salutaires contre une constipation peuvent le devenir également contre une diarrhée, et *vice versa*. Ce que l'action d'une substance a de caractéristique n'est pas assez palpable pour qu'on puisse, par exemple, donner comme indication constante de l'emploi de la *nux* la constipation, de *pulsatilla* la diarrhée, de *bryonia* ou de *rhus* l'exacerbation par le mouvement ou le repos; car souvent le contraire peut avoir lieu, la *nux* être indiquée avec la diarrhée la *pulsatilla* avec une constipation, etc. En un mot, l'essentiel de l'action d'un remède ne doit jamais être cherché dans quelque *symptôme consécutif* (comme diarrhée ou constipation), mais dans le *symptôme primitif* (celui qui détermine la diarrhée ou la constipation). Or, comme l'élément déterminant échappe souvent à l'observation, et qu'il serait peu sûr de vouloir le chercher par des conjectures hasardées, la seule méthode à suivre est de s'attacher aux *groupes*, à la *liaison* des symptômes. Mais il faut pour cela être guidé par une nouvelle pathologie et une nouvelle physiologie; il faut que ces deux sciences soient régénérées et refaites d'après le point de vue fondamental de Hahnemann.

Parmi les substances que j'ai vu, de la manière susindiquée, exercer une action contraire à celle que j'en attendais, je citerai particulièrement : *phosphor.*, *calcarea*, *lycopodium*, *mercur.*, *acid. nitri.*, *acid. phosphor.*, *lachesis*, etc. Ces remèdes avaient une action salutaire en apparence, mais sans amener la guérison, et à la manière des palliatifs.

Jusqu'à présent il n'est guère possible de prévoir cet effet; on ne le reconnaît que par son développement même. Comme cela est arrivé quelquefois pour le *lachesis*, j'indiquerai ici, en vue surtout des commençans, à quels signes on peut le reconnaître.

Le *lachesis*, comme d'autres remèdes, exige surtout une répétition prompte; parfois il convient même de diminuer les intervalles entre les doses subséquentes. Par exemple, le premier jour dose *a*, le cinquième jour dose *b*, le sixième jour dose *c*; ou bien le premier jour dose *a*, le quatrième jour dose *b*, le sixième jour dose *c*. Alors seulement l'action salutaire devient permanente. Souvent de nouveaux symptômes se montrent, mais ce n'est que par la continuation de l'emploi du même remède que l'on se délivre à la fois des anciens et des nouveaux symptômes. Cette circonstance ne doit donc pas engager à en cesser l'application.

Mais lorsque les effets salutaires deviennent progressivement de plus en plus courts, lorsque le remède, même après quatre ou cinq doses, n'agit pas plus longuement d'une manière favorable, qu'à la suite des premières doses, lorsque le nombre des symptômes nouveaux tend progressivement à s'accroître, alors il est temps de cesser et de faire un autre choix. En d'autres mots : la maladie, par l'emploi continué d'un tel remède, prend alors de plus en plus la forme d'une affection médicinale; ces doses nouvelles semblent lui fournir un aliment à l'aide duquel elle se développe et s'implante toujours plus profondément dans l'organisme. Il faut alors sans délai choisir dans un autre règne quelque substance dont l'action soit analogue et qui puisse servir d'antidote. Ce choix ne sera pas difficile, attendu que le *lachesis* offre des rapports essentiels avec les principaux représentans des autres règnes, le *phosphore*, le *mercure*, la *belladone*, la *noix vomique*, etc.

Le *lachesis* amène souvent une amélioration générale sans modifier en mieux le mal local. Il ne convient pas alors de le répéter. Si l'amélioration cesse et que de nouveaux symptômes se montrent, il faut examiner avec soin s'il convient mieux de changer de substance. J'ai souvent donné, en pareil cas, le *mercure*, la *belladone*, l'*alumine*, etc., dont le succès était si décisif, que je ne pouvais l'attribuer qu'à l'influence antécédente du *lachesis*.

Un exemple éclaircira mieux la question. Un homme âgé, tourmenté par la goutte et déjà sur le bord de la tombe, eut recours à l'homœopathie. A la suite d'olfactions trop souvent répétées de quelques remèdes, il

survint un tel flux de sang par l'anus que le patient devint froid comme un cadavre, et qu'au moment où je le vis il tombait d'une défaillance dans une autre. L'olfaction du *china* et quelques cuillerées de vin le sauvèrent, et peu à peu il se rétablit entièrement jusqu'à une paralysie du coude-pied que je n'ai jamais réussi à guérir chez les lépreux et dans d'autres cas. Après un traitement inutile de six mois contre cette affection, je lui donnai le *lachesis* qui améliora encore l'état général sans influer sur le pied. Au bout de deux ou trois semaines, il se plaignit de constipation, de douleur au pied, accompagnée d'une enflure œdémateuse autour des chevilles et du tendon d'Achille. Tous ces symptômes se retrouvaient dans ceux du *lachesis* et cependant je ne voulus pas le répéter, soit à cause de l'amélioration générale, surtout pour l'état moral, soit à cause du trop grand intervalle qu'il y aurait eu déjà alors. En général, il est rarement bon de répéter après quinze jours; la répétition doit se faire dans la première semaine ou seulement après plusieurs mois. Je donnai *noix vomique X*, remède que le malade avait déjà pris plusieurs fois sans succès. Le troisième jour après *nux* les selles se rétablirent et le quatrième jour, *le malade put remuer son pied.*

C'est ainsi que Gross a guéri un mal de gorge dangereux par la *pulsatilla*, parce qu'elle succédait à l'*or*. Il faut éviter en général de donner successivement des substances dont l'origine est analogue. La série de *mercur.*, *zinc*, *aurum*, ne peut pas être plus salutaire que celle de *sulphur.*, *petroleum*, *anthracit*, *succin.*, ou celle d'*acid. mur*, *acid. phosph.*, *acid. nitric.* Il n'est point convenable non plus, généralement parlant, de faire succéder au *lachesis* une substance animale, et *vice-versa*. La *psorine*, donnée après *lachesis*, a eu une action violente et a causé une éruption miliaire avec fièvre et mal de gorge. Il ne faut pas perdre de vue cependant que de même que des plantes de diverses familles peuvent se succéder avec avantage, de même on peut donner successivement des remèdes tirés de classes différentes du règne animal. La distance est aussi grande de *sepia* à *lachesis*, et de là à *moschus*, ou *cantharid.*, que de *lycopod.* à *pulsat.*, de *china* à *ipecac.*, de *thuya* à *staphysag.*, de *rhus* à *bryon.* — Toutefois, on fera bien de ne faire suivre entre eux les agens animaux qu'avec beaucoup de circonspection. C'est une des lois les plus remarquables, que de nombreuses observations sur l'action des substances animales et les comparaisons d'agens analogues entre eux m'ont fait connaître, savoir : que l'influence pathogénétique des minéraux, des végétaux et des substances animales, présente des caractères communs à chaque règne, mais que plus on s'élève dans l'échelle et moins les divers agens offrent entre eux de différences marquées. Les contrastes les plus tranchés se trouvent dans les minéraux, puis dans les plantes, et les substances animales se ressemblent beaucoup plus entre elles dans leur action que celle des deux autres règnes. Il en est de même dans le règne végétal en particulier; les classes inférieures, les cryptogames, offrent des différences tranchées qui s'effacent de plus en plus à mesure que l'on arrive aux classes plus parfaites.

Pour ne donner lieu à aucun malentendu, je dois ajouter que malgré l'analogie générale il se trouve cependant toujours des difficultés essentielles dans les symptômes *caractéristiques*. Ainsi le *lachesis* diffère du *crotalus*, la *sepia* du *bulimus*, par des symptômes si marqués que ces substances ne peuvent point se servir mutuellement d'antidotes, et que l'un aurait l'action la plus salutaire quand l'autre n'agirait que palliativement. Ceci a été observé plus d'une fois de *sepia* et de *lachesis*. Ces deux remèdes ne peuvent se remplacer mutuellement et par conséquent non plus se succéder.

En ce qui concerne la préparation du *lachesis*, j'ai toujours employé la puissance X, préparée dans le rapport de 1 : 100. Pour ceux qui voudraient expérimenter avec des dynamisations basées sur d'autres proportions, j'observerai que pour le *lachesis* et en général pour les agens animaux, cela est de peu d'utilité. Il peut en être autrement pour les produits morbides.

Je crois que les substances végétales devraient être dynamisées dans une proportion plus grande des véhicules, et que cette proportion devrait être augmentée encore pour les terres et les produits chimiques, par exemple de 1 : 1,00,000.

Il y a maintenant une année que je communiquai à Stapf mes observations sur l'influence des masses de véhicules, influence par laquelle s'explique fort bien l'innocuité reconnue des légers mélanges inévitables de toute dynamisation et que l'on s'est donné tant de peine à écarter. Cette influence explique également pourquoi nous ne sommes point sensiblement affectés par des dynamisations naturelles, répandues tout autour de nous dans l'air, l'eau, les alimens, etc.; c'est qu'elles sont formées dans une proportion trop élevée des masses de véhicules. L'action d'une substance dynamisée dans une masse *moindre* est *plus forte*, dans une masse *plus grande* elle est *plus faible*.

Si nous admettons, avec Korsakoff, le fait de *l'infection* dans les dynamisations, il est évident qu'un étang tout entier devrait être infecté par une seule goutte, et même par un seul globule d'un agent pathogénétique. Il n'y aurait aucune limite à fixer à l'étendue de cette infection, qui n'exige aucune trituration. Un petit flacon contenant un pouce cube d'air dynamisé par un globule à $\frac{0}{X}$ devrait communiquer ses vertus à l'air d'une chambre entière. Cela cependant n'est point le cas, parce que le globule $\frac{0}{X}$ forme avec le pouce cube d'air une nouvelle dynamisation dans un rapport convenable de la masse de véhicule, tandis que ce rapport est exagéré pour l'air de la chambre.

(*La suite à un numéro prochain.*)

— —

ANÉVRISME.

(Article extrait du *Réal-Lexicon*, p. 143.)

(Nous omettons tout ce qui concerne la description de l'*anévrisme* et de ses diverses espèces, choses connues de nos lecteurs, pour passer immédiatement au *traitement.*)

Le traitement des *anévrismes* est enveloppé des plus grandes difficultés, et n'amène que rarement une guérison complète et durable. Le couteau même, que les médecins allopathes emploient si facilement, non sans causer les plus intolérables douleurs, produit rarement des cures réelles; quelquefois des hémorrhagies emportent les malades; souvent la maladie reparaît dans un lieu plus ou moins éloigné.

Quant aux *anévrismes* des organes profonds, par exemple de l'*aorte*, les allopathes ne les combattent guère que par de hautes doses de *nitre*, qui, en raison de son action paralysante sur le système vasculaire, écarte pour quelques jours les symptômes les plus violens, mais est suivi d'une exacerbation du mal et de l'accélération de la mort; la *digitale* est employée dans le même but, non-seulement à cause de son action excitante sur les reins, mais en raison de la résorption qu'elle stimule, et de l'activité des vaisseaux qu'elle diminue au même degré. Or, chacun a l'occasion de voir combien ces diverses actions ont peu d'influence sur l'existence et sur la guérison de cette maladie.

Nous appliquons au traitement de l'*anévrisme* des moyens directement opposés à ceux-là, parce que l'expérience nous a appris que les débilitans ne sont d'aucune utilité, et peuvent même être très-nuisibles, car toutes ces lésions du système vasculaire consistent dans le plus haut degré de faiblesse ou de laxité des parois artérielles, dépendant naturellement de causes prédisposantes préalables à la maladie. Quoique jusqu'ici nous n'ayons obtenu de guérison que dans un très-petit nombre de cas, ce nous paraît être un fait irrécusable que l'homœopathie offre le traitement le plus approprié, et que le choix d'un remède tout-à-fait convenable amène un degré notable de soulagement, et peut quelquefois procurer une guérison fondamentale et de durée.

Pour entrer maintenant dans la spécialité de ce sujet, nous devons nous rappeler que le médecin qui agit d'une manière rationnelle doit dresser son plan non-seulement d'après les symptômes qui tombent sous ses yeux, mais encore d'après les causes occasionelles qui ont amené la formation du mal, et qui l'entretiennent; qu'en conséquence il ne doit pas se contenter du remède qui répond, en général, le mieux à la maladie, mais qu'il doit en intercaller un ou plusieurs, à certaines époques du traitement, lesquels offrent une action directe contre l'affection fondamentale particulière au cas. Dans beaucoup de cas donc il aura à faire en même temps avec le venin d'une *psore* latente, dans d'autres avec celui de la *syphilis*, ou les suites destructives de l'action du *mercure*. Ce ne sera donc qu'en remplissant exactement et complètement ces indications qu'il pourra atteindre, s'il en est temps, une guérison complète.

Aussi long-temps qu'un *anévrisme*, ayant son siége dans les organes centraux de la circulation, ou même dans les rameaux artériels, offrira les caractères de l'inflammation, ou quelques symptômes inflammatoires, je ne connais pas de meilleur moyen à lui opposer que l'*aconit*. Un seul globule opère pendant plusieurs heures un soulagement marqué des douleurs torturantes, tandis que celles qui sont lancinantes, compressives ou tensives, ainsi que les angoisses qui se lient à l'état de congestion de la tête ou de la poitrine, et les battemens violens que l'oreille même peut saisir, et qui amènent une grande gêne de la respiration, diminuent peu à peu et quelquefois même cessent complètement. Dans tous ces cas, on ne peut considérer l'*aconit* que comme un palliatif, car il ne peut jamais par lui-même amener une cure radicale; à l'exception peut-être de ceux qui sont résultés depuis peu de temps d'une frayeur subite et sont extérieurement reconnaissables par leurs symptômes, quoique même alors pour leur disparition complète il soit nécessaire de recourir à l'emploi de quelque antipsorique.

Lorsqu'après l'emploi de l'*aconit* les symptômes de l'*anévrisme* n'ont point disparu, on lui fera souvent succéder avec avantage la *bryone*, la *belladone* ou la *noix vomique*. La *belladone* sera indiquée lorsqu'à une grande anxiété se joindra de forts battemens dans la poitrine, une pression constrictive au dos, surtout derrière les épaules, la production subite d'une chaleur partant du ventre et se portant dans la poitrine puis une pression sur le cœur accompagnée de malaise, qui produit une respiration courte et un serrement de poitrine.

La *noix vomique*, qui d'ailleurs correspond exactement aux fâcheuses suites des affections déprimantes, sera souvent nécessaire après l'*aconit*, et indiquée en particulier par l'agitation et la chaleur dans la poitrine, unies à l'angoisse et à l'insomnie, avec de fréquentes attaques de palpitations de cœur et d'élancemens isolés autour de cet organe, ainsi que lorsqu'il s'y joint des bouillonnemens de sang chauds, une tension particulière avec battemens dans la poitrine, surtout le matin, et des coups douloureux au cœur, qui paraissent synchroniques au pouls.

Lorsque outre les autres circonstances l'anxiété acquiert le plus haut degré de violence, on a recours à l'*arsenic*, dont un seul globule dans le plus grand nombre des cas suffira pour apaiser et même faire disparaître ce symptôme. Dans les *anévrismes* complets, l'*arsenic* est un moyen indispensable, ce dont conviendra tout médecin qui en aura fait l'expérience.

Si l'*anévrisme* reconnaît pour cause des lésions extérieures, des contusions, des compressions, des coups, etc., la préférence devra être donnée à l'*arnica*. Son action se montrera d'autant plus forte et plus curative que le mal aura duré moins de temps; et aussi lorsque les pulsations du cœur auront lieu par secousse, ou seront tantôt promptes, tantôt lentes, avec une sen-

sation douloureuse de pincement ou serrement, de constriction, ou de coups, autour du cœur, comme si le sang s'amassait dans la poitrine, ou bien, en même temps, avec une sorte de fourmillement dans les extrémités.

L'*arnica* trouve aussi son application lorsqu'un *anévrisme* formé depuis long-temps paraît s'être ouvert et que le sang s'est extravasé dans les parties qui l'entourent. Dans ce dernier cas, il n'est peut-être pas rare que son usage amène la cicatrice de la tumeur artérielle, et que celle-ci même diminue de diamètre et disparaisse, lors surtout qu'on aide à son action par l'emploi de quelque anti-psorique.

Ces moyens et quelques autres encore, ne pourraient que dans un petit nombre de cas très-rares amener la guérison complète de la maladie qui nous occupe. Comme nous devons ce résultat à une expérience de plusieurs années et qu'il s'est toujours confirmé, nous avons le droit d'affirmer que les moyens apsoriques susmentionnés ont toujours besoin de l'appui d'un anti-psorique convenable, qui, s'il ne fait atteindre le but désiré plus promptement, le fait au moins plus sûrement. Mais tous les anti-psoriques ne sont pas également applicables; les suivans sont certainement à préférer.

Après l'*arsenic* nous devons d'abord nommer l'*acide sulfurique*. On doit beaucoup attendre de ce remède lorsque, outre des battemens de cœur fréquens et un sommeil tardif, on observe douleur sourde augmentant sans cesse, surtout dans les organes malades, asthme, difficulté de parler, sensibilité douloureuse des ganglions axillaires, pulsation du cœur sans anxiété, peut-être aussi épistaxis. Ce remède est particulièrement applicable aux cas qui ne sont encore que dans leur premier développement.

Mais un des plus importans et des plus forts remèdes est sans contredit la *chaux*, *calcarea carbonica*. On s'en sert volontiers et avec le succès le plus signalé après l'emploi d'*acidum nitricum* et de *sulfur*, et lorsque leur activité a été épuisée.

Faiblesse générale notable, accablement absolu, attaques de défaillance, sommeil interrompu par des mouvemens du sang et une sensation de chaleur dans le corps, moral angoissé et morose, ou bien abattement avec grande anxiété et battemens de cœur, pulsations abnormales dans toutes les artères, surtout celles de la partie malade, effort du sang vers la tête, amaigrissement et pâleur de la face, quelquefois bouffissure, épistaxis, soif constante, développement des glandes, fortes palpitations du cœur après le repos ou le mouvement, asthme et excitation à tousser; en montant, accès de suffocation, quelquefois tremblottement du cœur, sensation de plaie dans la poitrine en inspirant, tiraillemens déchirans dans le dos, œdème des pieds et même des mains, tels sont les symptômes qui réclament impérieusement *calcarea*. Des dartres ou actuelles ou disparues formeront le plus parfait complément de l'indication de cet anti-psorique.

Nous faisons le meilleur usage de *causticum* lorsque le malade offre disposition au désespoir, au chagrin, à la colère, à la peur, au dégoût de la vie, pandiculations fréquentes, tremblement, insomnie à cause d'affections thoraciques, accompagnée de mouvemens de sang pendant la nuit, accès de défaillance, chaleurs passagères avec un certain déplaisir, déchiremens dans plusieurs parties; tension dans les tempes, pulsation dans les artères encéphaliques et angoisse, forte chaleur et rougeur de la face, épistaxis, soif, agitation anxieuse avec tremblement, plénitude et tiraillement du ventre, crampes dans la poitrine, serrement en inspirant fortement, dyspnée avec suffocation, et même avec toux sèche, violens battemens de cœur angoissans, joints à une respiration très-courte, pesanteur dans tous les membres, œdème des extrémités, etc.

Colocinthis trouve sa place quand il y a irritabilité et anxiété de l'esprit, sommeil agité et angoissé, lassitude dans tous les membres, avec défaillances, sueur abondante à la tête, pâleur de la face, sensation de brûlure aux joues, asthme, respiration lente et difficile, surtout la nuit, serrement gravatif dans la poitrine comme si les poumons ne pouvaient pas se dilater convenablement, sensation de blessure entre les épaules pendant le repos passant durant la marche à l'état de douleur lancinante et tensive; élancemens douloureux et tension dans les extrémités inférieures qui ne se manifestent que pendant l'inspiration et la supination du tronc.

Graphites convient avec irritabilité de l'esprit, disposition à la frayeur, obnubilation de la tête avec vertige le matin, et en même temps sommeil inquiet, troublé par des mouvemens du sang, faiblesse jusqu'à la défaillance, tremblement de tout le corps avec excitation, de la sensibilité, forts battemens des artères surtout dans la partie affectée, même après le plus léger mouvement, sueurs, engourdissement dans tous les membres, souvent chaleur angoissante, ou bien frisson et froid, expression d'anxiété à la face avec pâleur et yeux battus, quelquefois aussi chaleur à la face et épistaxis, sensation de raideur ou de pression au cou, soif après avoir mangé, défaut des menstrues, dyspnée le soir en se couchant et serrement de la poitrine, battemens fréquens à la région précordiale avec élancemens, engourdissement des membres, œdème des pieds. *Graphites* lorsqu'on l'applique aux symptômes qui lui répondent, rend souvent les plus grands services, surtout lorsque l'œdème a déjà acquis une grande étendue, et que cette substance favorise le développement et la manifestation de la *psore* latente.

Le *lycopode* s'emploie utilement dans le cas de disposition à l'indifférence, ou à l'inquiétude, ou à une grande tristesse, que le sommeil est interrompu par des accès de frayeur, par de l'angoisse, ou des palpitations de cœur, joints au vertige, en société, et du malaise, à une grande faiblesse, particulièrement dans le repos, à une sensation de stupeur dans tous les membres, une grande lassitude après le réveil, des battemens et une douleur gravative dans la tête, de la pâleur, des traits étirés, avec les yeux cernés de bleu, quelquefois une chaleur

passagère à la face avec soif, serrement de poitrine, tension et élancemens à la partie antérieure du thorax, ou bien pression et constriction au-dessous du cœur, battemens au dos, œdème des pieds ou des mains, sueur froide et froid des pieds.

La *sépia* développe aussi une force remarquable si ce malade est très-sensible, chagrin ou effrayé, avec mauvaise humeur causée par l'état de sa santé, s'il est pensif, si son sommeil est agité, troublé par des accès de frayeur ou des rêves angoissans ; si le moindre mouvement lui cause une chaleur passagère, suivie de faiblesses, de défaillances, et d'engourdissement des membres, uni à un haut degré de sensibilité à l'air froid ; s'il y a des transports de sang nocturnes avec serrement de poitrine, grande chaleur et agitation, secousses et tiraillemens çà et là dans le corps, accès fréquens de chaleur, bouffées de sang vers la tête avec forte chaleur, battemens aussi bien en repos qu'en mouvement, œdème autour des tempes, pâleur et étirement des traits de la face, bouffées de chaleur surtout en parlant, saignement de nez, palpitation avec chaleur après le repas, sueur de la face, respiration courte, serrement de poitrine et battemens de cœur, sensation de plénitude et de contraction douloureuse dans la poitrine qui empêche la respiration, tension et pression tensive dans le thorax, mouvemens sanguins vers la poitrine avec forts battemens, tension ou déchirement entre les épaules, engorgement des ganglions axillaires et de ceux des extrémités. Nous possédons dans la *sepia* un remède qui répond non-seulement aux *anévrismes* des artères internes du tronc, mais encore aux maladies du cœur dans lesquelles il développe l'action la plus salutaire.

Le *soufre* trouve sa place lorsqu'il y a abattement ou anxiété, joints à une aversion décidée pour tout travail, engourdissement fréquent des extrémités avec une espèce de fourmillement sous la peau, violent afflux de sang avec sensation de délicatesse ou de chaleur brûlante dans la poitrine et les artères, lassitude générale et paresse, insomnie avec besoin de se tourner sans cesse dans le lit, pulsations dans la tête, chaleur générale et soif, quelquefois sensation de froid, face pâle, abattue, yeux enfoncés, tension et plénitude du ventre, respiration courte, qui redevient naturelle le matin, battemens de cœur, fort serrement de poitrine, palpitations fréquentes, sensation de dislocation dans la poitrine avec serrement, tension entre les omoplates, élancemens depuis l'aisselle jusque dans la poitrine.

L'emploi du *soufre* dans les cas d'*anévrisme* est surtout justifié par l'existence de scrophules actuelles ou antécédentes ; par le rachitisme et ses suites sur les os longs et sur le rachis.

On aura recours à *spigelia* lorsque les battemens de cœur seront considérables, violens, visibles au travers des habits, produisant la sensation d'une lourde pression, d'un fardeau douloureux, se manifestant surtout le matin dès que le malade se lève, accompagnés d'une oppression anxieuse de poitrine ; lorsqu'il y aura crampes, élancemens et tractions dans les jambes et les pieds ; que le sommeil sera agité, avec rêves inquiétans ; que le malade sera tantôt triste et inquiet sur son sort, tantôt serein et en sécurité.

Le *charbon végétal* méritera la préférence si les battemens du cœur sont fréquens, intermittens, énormes, s'il existe des douleurs dans la poitrine lancinantes, brûlantes, avec ardeur et bouillonnement, s'il y a asthme, dyspnée habituelle surtout étant assis ; si le malade se plaint de déchiremens dans le dos jusqu'au sacrum, s'il éprouve des douleurs dans les articulations, une lassitude insurmontable ; s'il est réveillé, la nuit, par des battemens avec menace d'apoplexie ; si son irritabilité est excessive et sa mauvaise humeur constante.

Enfin la *silice* doit être recommandée lorsque aux battemens se joint un resserrement considérable de la poitrine avec strangulation, chaleur dans le dos et déchiremens, douleurs, secousses et engourdissement des extrémités, comme paralysie, enflure des jambes, ardeur brûlante des pieds ; insomnie, ou rêves pénibles.

Nous n'avons naturellement parlé qu'en général du traitement médical des *anévrismes*, et nous n'avons indiqué que les remèdes que, soit l'expérience pratique, soit la théorie, nous ont fait connaître pour les plus importans et les plus efficaces.

Quelques autres moyens nous les avons passé sous silence, soit à cause de leur peu d'activité spécifique, soit pour ne pas alonger outre-mesure notre travail. Le médecin rationel n'oubliera jamais d'individualiser le plus que possible le remède avec le cas actuel de maladie, et de toujours rechercher diligemment si parmi les causes probables ne se rencontre point quelque rachitisme, quelque syphilis, ou une hydrargyrose (affection mercurielle), agissant directement ou par complication. Il modifiera alors son plan de traitement d'après le résultat de cette recherche, et appliquera, suivant le cas, ou *thuya*, ou *ac. nitric.*, ou *mercur.*, ou *assa fœtida*, etc.

Il va sans dire qu'aux remèdes on joindra toujours le régime le plus convenable au malade. On ne permettra sous aucun prétexte les alimens excitans ou les affaiblissans et on tiendra le patient à l'usage modéré des substances nourrissantes et de facile digestion ; on prescrira un mouvement doux et régulier ; un choix de distractions calmes, à l'exclusion de tout ce qui pourrait exciter les passions et faire battre le cœur.

Le traitement chirurgical des *anévrismes* n'est pas de notre ressort.

CORRESPONDANCE.

(*Extrait d'une lettre de Paris*, 13 *juillet.*)

Grâces à Dieu ! notre vénérable maître Hahnemann est arrivé sain et sauf ; dès que je l'ai appris, je me suis

empressé de lui porter ma carte ; mais quoiqu'il ne me connût point encore, il m'a fait introduire sur-le-champ, et m'a accueilli d'une manière si affectueuse, si paternelle, que je ne saurais peindre l'émotion de plaisir et de respect qu'a produite en moi cette conférence. Quelle physionomie expressive d'esprit et de bonté ! Il paraissait heureux de la détermination qu'il a prise de venir en France ; le bonheur que lui fait éprouver son mariage est de tous les instans ; sa jeune femme lui prodigue les soins les plus intelligens, les plus tendres et les plus assidus.....

Comment est-il possible qu'on ait aussi indignement calomnié un si noble caractère !

Il a répondu à un allopathe qui est venu lui échauffer la bile : « Monsieur, je suis venu à Paris pour me reposer, et pour voir ce qu'on fera quand je n'y serai plus. » Il paraît décidé à rester ici pour travailler à la propagation de l'homœopathie. Dans ce but, il désire qu'il soit fondé une *clinique* par des souscriptions volontaires auxquelles seraient engagées à prendre une part si minime qu'elles le voudront toutes les personnes qui, en France, auront été guéries ou soulagées par l'homœopathie. Si chaque médecin homœopathe veut bien s'adresser pour cela à chacun de ses malades guéris, nul doute que la souscription nécessaire ne soit bientôt remplie.

La société homœopathique de Paris a fait au Maître une visite respectueuse. La réception de celui-ci a fait sur tous une vive impression de vénération, j'ai presque dit d'admiration. Voici à peu près quel a été le sujet de son allocution. D'abord il nous a fortement recommandé l'étude de la langue allemande, qui nous permettra de nous bien pénétrer des vrais principes de la science, et de recourir aux sources, tant pour l'expérimentation que pour l'emploi thérapeutique des remèdes. Puis il a dit que le but de son voyage en France, outre l'amour qu'il nourrissait depuis long-temps pour ce beau pays, était 1° de se reposer de ses longues fatigues ; 2° de travailler à l'établissement et à la propagation de la BONNE homœopathie, en France, soit par son exemple, soit par les conseils qu'il serait toujours heureux de nous donner. L'homœopathie, a-t-il dit, est un art bien difficile, hérissé de peines, de fatigues, qui exige un dévouement sans bornes au bien de ses semblables pour avoir le courage de l'entreprendre, et celui de l'exercer avec la conscience et la maturité qu'il nécessite. —Bien différent de l'allopathe qui, pour s'acquitter de ses devoirs, n'a besoin que d'un costume élégant, de phrases sonores et d'écrire une recette, l'homœopathe après avoir employé une heure ou deux à l'étude de la maladie pour laquelle on le consulte et des circonstances concomitantes, doit encore en employer autant à compulser les registres des médicamens, et à chercher celui qui est le plus convenable au cas présent. — Or, pour une semblable fatigue, qui se renouvelle tous les jours et dix fois par jour, lorsqu'on veut s'acquitter de son *devoir*, la conscience seule d'avoir fait le bien peut indemniser le médecin, ainsi que la vue des heureux qui lui doivent la vie ou celle de leurs proches. Cette œuvre de bienfaisance continuelle, dont il doit à Dieu une reconnaissance de tous les jours, semble le rapprocher de la Divinité créatrice, arracher à la mort, rendre à la vie n'est-ce pas presque la donner.

Au reste, a-t-il ajouté, qu'on se garde bien de se croire homœopathe pour cela seul qu'on administre des médicamens sortis d'une pharmacie *dite* homœopathique ; pour le devenir, pour l'être en un mot, il est nécessaire de diriger ses études et son attention vers ce but-ci : de savoir et pouvoir traiter chaque malade comme offrant un cas individuel qui ne doit rentrer dans aucune catégorie.

Il a fini par annoncer qu'un jour par semaine il consacrerait deux heures pour répondre à toutes les questions qu'on voudrait lui adresser, et fournir toutes les solutions qu'on pourrait désirer.

Toute cette allocution, dont je ne vous donne que le squelette, a été prononcée avec mesure et avec une sorte d'hésitation timide qui en rehaussait le prix.

Décidément, HAHNEMANN est un grand homme de près et de loin.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

AOUT 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards, faites à la Salpêtrière; par MM. Hourmann, *agrégé à la Faculté, médecin du Bureau central; et* Dechambre, *interne des hôpitaux.*

Maladies des organes de la respiration.

Les maladies des vieillards présentent une physionomie particulière qui, jusqu'à ce jour, a plutôt été aperçue qu'exactement déterminée. Quelques médecins du dernier siècle, notamment Floyer (*Medicina gerocomica*, Londini, 1724); Welsted (*de vergente ætate*, ibid.); Fischer (*Tractatus de senio*, 1760), ont bien tenté de faire saillir les caractères propres à la pathologie du vieil âge, mais leurs efforts ne devaient aboutir qu'à de simples esquisses; et si de nos jours des travaux d'une importance incontestable sont sortis de cette source d'étude, dirigés surtout dans le but d'éclairer des questions générales, c'est dans ce sens presque exclusivement que les faits y sont présentés, et la *spécialité* des maladies des vieillards ne s'y trouve, en définitive, qu'implicitement reconnue.

Il est temps, aujourd'hui que la science se repose des discussions qui l'ont tant agitée, et qu'il soit permis enfin d'aborder les détails de son immense domaine, d'appeler sur ce point une étude plus directe. Il y a là un vide que Pinel avait signalé, et qui reste toujours à combler.

Un premier fait qui domine ici l'observation, c'est la faiblesse du mouvement réactionnaire, l'isolement et l'étroite localisation du trouble morbide; aussi la marche imprimée aux études médicales, et qui s'efforce de rattacher à l'organisation et aux actes physiologiques qui en dérivent immédiatement tous les phénomènes des maladies, est-elle particulièrement applicable à la pathologie des vieillards. Des notions positives sur les modifications que l'âge apporte dans la texture des organes, et par suite dans le mécanisme des fonctions, peuvent seuls nous expliquer ces traits spéciaux sous lesquels se montre habituellement l'ensemble des symptômes, et dissiper l'obscurité dont s'enveloppent parfois les lésions les plus graves.

C'est surtout dans cet esprit que nous avons conçu nos recherches et que nous nous proposons de les poursuivre.

Les maladies des organes de la respiration seront l'objet de notre premier examen clinique. Leur fréquence extrême chez les vieillards, leur gravité, principalement à l'état aigu, et, dans ce dernier cas, la forme symptômatique irrégulière qu'elles peuvent revêtir, et qui trop souvent encore trompe les investigations les plus actives du diagnostic, toutes ces circonstances ont dû, dès l'abord, arrêter notre attention.

Fidèles au plan que nous nous sommes tracé, nous commencerons par nous bien pénétrer des changemens qu'a subis l'appareil respiratoire par suite des progrès de l'âge, tant sous le rapport anatomique que sous le rapport physiologique. Il est à peine utile d'établir que, resserrant nos inductions dans les limites des faits qu'il nous est donné de constater, nos recherches n'ont trait positivement qu'aux *vieilles femmes*, qui en font le sujet exclusif (1).

État anatomique de l'appareil respiratoire chez les vieilles femmes.

§ Ier. *Thorax.* — Le thorax, chez les vieilles femmes, présente deux états bien différens qui méritent d'être signalés.

L'un d'eux doit fixer l'attention, non pas comme propre à cet âge, mais tout au contraire comme constituant un cas remarquable d'exception; et si nous en parlons en premier lieu, c'est qu'étant lié à une certaine énergie vitale, et nous offrant par lui-même un reste

(1) Toutes les vieilles femmes sur lesquelles nous avons fixé notre observation pour ces recherches, dépassaient 60 ans d'âge; la plupart avaient atteint de 70 à 80 ans, plusieurs même, 85, 90 et au-delà. Nous devons dire tout de suite encore, que les altérations séniles de l'organisation ne sont point exactement calculables d'après le nombre des années, et qu'une décrépitude prématurée peut quelquefois amener à 60 ans une vieillesse réellement plus avancée qu'à 80; remarque qui d'ailleurs n'est pas nouvelle.

de la vigueur de l'âge adulte, il nous permet d'arriver graduellement aux véritables altérations séniles de la cavité pectorale.

« *Qui habitu laxo, molliore, et florido*, dit Fischer (*de Senio*, p. 57), *præditi sunt, et mares et feminæ, in illis forma corporis externa, non adeò graviter à pristinâ recedit quin abundantia vasorum sanguiferorum cum abundantiâ floridi sanguinis, in his senii annis pristinam egregiè conservat.* » On trouve à la Salpétrière un assez grand nombre de ces vieillards dont parle ici Fischer. On les reconnaît à leur teint frais, à une légère coloration des pommettes, à la souplesse de leur peau, à la rareté et au peu de profondeur des rides. Voici dans quel état se présente le thorax de ces femmes.

Les mamelles sont encore volumineuses, le plus souvent pendantes, mais conservant pourtant quelquefois une certaine consistance. Nous avions encore dernièrement dans les salles de l'infirmerie, une femme âgée de 82 ans, remarquable par sa fraîcheur, et dont les mamelles, assez volumineuses, avaient la fermeté des seins d'une femme de 30 ans.

Chez ces vieilles femmes, le thorax tout entier est recouvert d'un panneiule graisseux dont l'épaisseur est très-variable et quelquefois énorme. Les muscles sont bien nourris et d'une vive coloration rouge ; les cartilages costaux ont conservé une partie de leur blancheur, de leur souplesse ; il n'y en a souvent pas un seul d'ossifié. L'élasticité, la texture intime du sternum et des côtes sont peu différentes de ce qu'on les trouve dans l'âge adulte. L'ensemble du thorax n'en a pas moins subi habituellement, dans sa conformation, quelques changemens. Le plus commun est un aplatissement latéral à sa partie supérieure, de manière que le diamètre antéro-postérieur est sensiblement augmenté aux dépens du transversal. Aussi la poitrine, vue par sa face antérieure, paraît-elle très-étroite au niveau des aisselles.

Avec cette disposition, tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, la cavité thoracique va toujours en s'élargissant jusqu'à sa partie inférieure, et elle représente alors une pyramide à large base et tronquée à son sommet; tantôt au rétrécissement supérieur s'en joint un autre peu profond, circulaire, au niveau de la huitième côte environ. Mais, comme le premier, nous ne ferons que l'indiquer ici, parce que tous les deux, beaucoup plus marqués que dans la seconde forme du thorax dont nous allons nous occuper, seront l'objet d'un nouvel examen.

Cette seconde forme, la plus fréquente à beaucoup près, se montre plus ou moins prononcée suivant les sujets.

La cavité de la poitrine est notablement modifiée dans son ensemble. L'aplatissement latéral supérieur dont nous avons parlé peut être porté à un point extrême, ainsi que l'a très-bien indiqué Sœmmering. Nous l'avons vu, dans quelques cas, produire une gouttière tout-à-fait semblable à celle qu'on rencontre chez les rachitiques. Par suite de cette disposition, la courbure postérieure des côtes se trouve augmentée et fait une forte saillie arrondie, quelquefois même anguleuse, de chaque côté de l'épine dorsale ; et comme la déformation ne se fait pas toujours d'une manière égale, soit des deux côtés, soit du même côté, il en résulte, dans ce dernier cas, une surface inégale et raboteuse qui gêne l'auscultation immédiate, et dans le premier une différence dans la saillie des deux côtes qu'on attribue trop souvent à des déviations de la colonne vertébrale.

La mobilité du sternum et la conformation naturelle des côtes en avant, font que le demi-arc antérieur de celles-ci, au lieu de prendre une courbure forcée comme le postérieur, s'alonge, au contraire, porte le sternum en avant, de telle sorte que l'ensemble de toutes ces pièces représente assez bien deux plans inclinés se rencontrant en avant, et dont l'angle de réunion aurait été tronqué.

Toutes ces déformations ne peuvent être imputées qu'à l'état sénile. Il en est d'autres qu'on doit attribuer à l'usage du corset. Telles sont celles que nous avons déjà indiquées, et qui ont pour effet de rétrécir la base du thorax. C'est avec raison qu'on a comparé alors la forme de celui-ci à celle d'un petit baril. Mais, dans beaucoup de cas, ce n'est pas précisément vers sa marge que la base de la poitrine se trouve ainsi resserrée, mais bien vers un niveau élevé au-dessus de cette marge de trois ou quatre travers de doigt ; la marge elle-même au lieu de rentrer dans la cavité abdominale, est au contraire déjetée en dehors, évasée, et le rebord des derniers cartilages vient faire une forte saillie sous les parties molles. De cette façon le thorax, dans son ensemble, serait plutôt comparable à ces vases antiques à pied élargi et séparé du reste par un col plus ou moins rétréci. La disposition que nous signalons ici est fort importante à connaître, car elle entraîne, soit dans les rapports, soit dans la conformation des viscères sous-jacens, des changemens qui n'ont point été indiqués. Ainsi le foie, loin d'être toujours repoussé vers la poitrine, expulsé au contraire comme par énucléation de la région hypochondriaque, se trouve le plus souvent abaissé dans la cavité abdominale. On trouve à l'autopsie la portion évasée du thorax dont nous avons parlé, fortement appliquée contre la face supérieure du foie, et celle-ci conserve souvent l'empreinte de la pression qu'elle a éprouvée au niveau du rétrécissement.

Nous dirons de suite aussi, pour rapprocher l'effet de sa cause, que le poumon droit, dans certains cas, a subi dans sa forme une modification singulière. Il n'est plus relevé et comme *ramassé* vers le sommet du thorax ; il s'alonge en suivant le retrait du foie, de telle sorte que les différences de longueur et de volume s'affaiblissent et disparaissent même bientôt entre les deux poumons.

Dans cette espèce de déformation, le sternum tend toujours à se porter en avant ; mais en même temps que la fixité de la clavicule et de la première côte ne peuvent lui permettre que des mouvemens restreints dans ce sens, l'appendice xyphoïde, soumis à la dépression

circulaire dont il s'agit, se trouve repoussé en arrière au point que parfois il se cache derrière les cartilages des dernières vraies côtes assez rapprochées pour s'avancer et même se croiser au-devant de lui, comme M. le professeur Cruveilhier l'a déjà remarqué. (V. *Traité d'anat. descrip.*, T. Ier, p. 206).

Ce changement forcé dans la direction du sternum, agissant en sens inverse sur ses deux extrémités, entraîne une sorte de diastasis dans l'articulation des deux pièces supérieures, et une voussure toujours très-prononcée à son niveau. Ce fait n'avait pas non plus échappé à Sœmmering, qui note à ce propos le changement opéré dans le rapport des plans antérieurs du thorax et du bassin. Ces plans ne se correspondent plus, le premier dépassant souvent de beaucoup le second, tandis que c'est, dit-il, le contraire chez les vieillards (hommes).

Mais ce n'est pas seulement suivant le diamètre horizontal que la cavité pectorale éprouve des altérations, il en est de même du diamètre longitudinal.

Tous les anatomistes ont noté une diminution dans la hauteur des disques intervertébraux sur le squelette du vieillard. Ces fibro-cartilages disparaissent quelquefois complètement. On trouve dans les auteurs des faits remarquables en ce genre. Ainsi Fischer rapporte l'histoire d'un homme âgé de 100 ans, et chez lequel neuf vertèbres furent trouvées réduites en une tige toute osseuse. La même altération a été rencontrée par Boërhaave (*Prælect.*, t. III, p. 725), dans toute la longueur de la colonne vertébrale. Nous n'avons jamais vu une fusion aussi étendue des pièces de cette colonne, mais rien n'est plus commun qu'une soudure partielle comprenant trois à quatre vertèbres.

Les uns avec Haller (*Phys.*, t. VIII, p. 88), attribuent cette disparition des fibro-cartilages intervertébraux à leur absorption; les autres pensent avec Morgagni (*Advers. anat.*, t. III, p. 104), qu'ils sont simplement envahis par l'ossification. Nous avons cru constater bien plus souvent le premier mode d'altération que le second, le corps des vertèbres restant toujours distinct et diminuant en hauteur plutôt qu'il n'augmente en ce sens. Du reste, tous les observateurs, et c'est là pour nous le fait important, s'accordent à admettre, comme conséquence, un raccourcissement absolu de la colonne.

En outre, à mesure que l'âge enlève aux muscles la force de maintenir le tronc dans sa rectitude, celui-ci tend à s'incliner en avant; les faces planes du corps des vertèbres s'appliquent fortement contre la partie antérieure des disques qui les séparent. Aussi est-ce dans ce dernier sens, comme Seiler le note dans sa thèse (*Anat. corp. hum. specimen*, 1799), que la soudure se fait d'abord, ce qui rend l'inflexion permanente. Cette inflexion se rencontre à des degrés variables et s'opère surtout dans les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales. Chez quelques-unes de nos vieilles femmes elle est si prononcée, que le scapulum a éprouvé une véritable bascule qui porte directement en avant la fosse sus-épineuse. La région cervicale fait un angle presque droit avec la dorsale, et le menton vient s'appuyer contre le sternum. En même temps que cette incurvation a lieu, une autre s'opère inverse dans la région lombaire, dont la convexité repousse fortement en avant la base de la poitrine qui s'ouvre comme *béante* à l'épigastre au milieu duquel se relève alors l'appendice xyphoïde.

Du double fait que nous venons de signaler, savoir, le raccourcissement et l'inclinaison de la colonne vertébrale, il résulte, comme l'a fort bien vu encore Sœmmering, que l'intervalle diminue entre le rebord inférieur de la cavité thoracique et l'épine iliaque, et que, d'autre part, les côtes tendent à se rapprocher, principalement en avant. Et si, à cette observation, nous joignons cette autre que nous avons souvent faite, savoir, que par suite de l'aplatissement latéral du thorax, les côtes sont soumises à une torsion qui, détruisant l'obliquité de leur face externe, déjette cette face *directement* en dehors, et dispose les bords perpendiculairement les uns au-dessus des autres, comme les pièces d'une jalousie fermée, nous comprendrons comment les espaces intercostaux doivent se trouver rétrécis, ce dont, au reste, il est facile de s'assurer.

Enfin Seiler (*loco citato*), a encore noté comme conséquence de l'inclinaison de l'épine en avant, l'alongement, le tiraillement de ses muscles extenseurs, et le raccourcissement de ses fléchisseurs, raccourcissement qui devient en effet permanent, comme cela arrive pour les muscles des membres long-temps tenus dans la flexion forcée, et qui se montre surtout on ne peut plus marqué dans les muscles sterno-cléido-mastoïdiens qui se tendent comme des cordes pour peu qu'on redresse la tête.

Après cet examen du thorax dans son ensemble chez les vieilles femmes, il nous reste à parler de chacune des parties qui le composent, considérées en elles-mêmes et indépendamment de leurs rapports.

Sauf le cas exceptionnel que constitue la première forme du thorax dont nous avons fait mention, on peut dire que le caractère général, commun, de la modification de texture qu'elles ont subie, est celui de l'amaigrissement, de l'atrophie.

La peau est d'un brun sale, rude, sèche, amincie. La saillie des mamelles a disparu; le mamelon seul, par son volume, en indique encore les vestiges. — Le tissu cellulaire sous-cutané est privé de graisse. Les muscles, d'une minceur quelquefois extraordinaire, semblent réduits à leurs faisceaux d'insertion.

Au milieu de cette atrophie générale, on peut en quelque sorte *anatomiser* la région thoracique. Ainsi il est facile de voir circuler le sang dans les veines flexueuses et larges qui rampent sous la peau. On les voit parfaitement se remplir dans l'expiration et se vider dans l'inspiration. On voit encore se tendre dans les mouvemens inspiratoires chacune des digitations du grand pectoral, lequel passe comme une faible languette au-devant de l'aisselle. On voit même quelquefois jusqu'à la ligne de jonction des côtes et de leurs cartilages, et les crêtes transversales de la face antérieure du sternum.

Le diaphragme reçoit aussi, des déformations du thorax, quelques changemens dans sa disposition. Le refoulement des côtes auxquelles il s'attache, l'abaissement du foie, ont pour effet de rapprocher ses insertions et de *plisser* sa surface; chacun de ses plis peut même, comme cela a lieu pour les côtes, s'imprimer sur le foie en lignes profondément enfoncées. Nous ne ferons qu'indiquer ici les ossifications de son centre aponévrotique qui sont assez rares, et ne nous semblent pas, d'ailleurs, devoir exercer une grande influence sur l'acte respiratoire.

L'union est toujours complète entre les différentes pièces du sternum, à part l'appendice xyphoïde dont la soudure ne se fait que très-tard, et toujours après celle des petites pièces qui le composent. Le tissu de cet os est souvent très-raréfié; il n'offre plus que de larges aréoles circonscrites par des lamelles osseuses, fragiles, et remplies d'une espèce de pulpe rougeâtre, couleur lie-de-vin. Dans ces cas, l'os se laisse aisément couper par le scalpel.

Les côtes sont généralement minces, légères, et d'une texture analogue à celle du sternum. Si l'on cherche à étendre leur arc, on n'éprouve pas ce sentiment de résistance élastique que donnent les côtes d'adulte; elles cèdent d'abord facilement, puis se cassent tout-à-coup en faisant entendre un bruit sec.

On regarde comme une chose commune et presque nécessaire chez le vieillard, l'ossification des cartilages costaux. Cette opinion n'est fondée, pour ce qui a rapport aux vieilles femmes, que pour le premier et le second de ces cartilages. Les autres sont moins souples, sans doute, que dans le jeune âge, mais nous affirmons que ce n'est que dans les cas les plus rares qu'on observe leur incrustation osseuse. Quand celle-ci s'opère, on sait qu'elle se fait toujours du centre à la surface, et en procédant ordinairement de l'extrémité externe vers l'interne. On rencontre ainsi quelquefois plusieurs noyaux d'ossification isolés au sein d'un même cartilage.

C'est aussi plus rarement qu'on ne le pense que se soudent les articulations chondro-sternales. Cette soudure se fait ordinairement par l'adhésion des surfaces articulaires; mais, dans quelques cas, ce sont les petits ligamens capsulaires qui se durcissent, s'ossifient et forment une espèce d'étui qui embrasse l'extrémité sternale des cartilages, ainsi que l'a bien remarqué Gernet (*de Siccitate senili*, Lipsiæ, 1753).

Quant aux articulations costo-vertébrales, elles conservent le plus ordinairement leur mobilité jusque dans l'âge le plus avancé.

§ II. *Poumons.* — L'histoire physiologique de la respiration chez le vieillard, et par suite l'histoire pathologique de cette fonction, devant trouver dans l'état anatomique du thorax des documens nombreux, nous nous sommes attachés à faire saillir les détails qui nous ont le plus frappés dans la structure de cette région chez les vieilles femmes. Notre examen porté sur le poumon sera plus attentif encore. Il s'agit, en effet, de l'organe même, siége des affections que nous voulons étudier. L'anatomie pathologique, dans ces affections, doit souvent emprunter à une structure organique spéciale des caractères tout spéciaux, et la symptomatologie y puiser ses élémens les plus importans. D'un autre côté, l'observation n'est plus ici circonscrite comme pour le thorax, et ses résultats ne reconnaissant plus guère de distinction de sexe, deviennent d'une application générale.

Déjà, dans un mémoire inséré dans le *Journal de Physiologie* (t. Ier, p. 78), M. Magendie a signalé plusieurs traits propres à l'anatomie des poumons du vieillard. C'est principalement sur la structure intime que M. Magendie a dirigé son attention. Avant d'aborder ce point important, nous devons constater les différentes particularités de conformation extérieure que nous ont présentées les poumons sur le cadavre des vieilles femmes.

Nous avons fait pressentir plus haut ce que les changemens que nous notions dans le mécanisme du thorax pouvaient exercer d'influence sous ce rapport. Une corrélation à-peu-près constante nous a paru en effet exister, dans ce cas, entre les organes et la cavité qui les recèle. Les poumons s'offrent donc, à l'ouverture de cette cavité, sous des aspects variables. On peut toutefois les rapporter à trois formes typiques qu'on voit parfois différer d'un poumon à l'autre, ou se mêler dans un même organe, mais qui n'en sont pas moins toujours distinctes et caractéristiques.

1er *Type.* — Les poumons qui se rapportent à ce type sont contenus dans un thorax assez développé pour rappeler encore la forme primitive de l'âge adulte. C'est surtout chez ces vieilles femmes dont il a été question ci-dessus, à chairs abondantes et plus ou moins fermes, que nous les avons rencontrés. Ces organes n'éprouvent généralement presque aucun retrait à l'incision des parois de la poitrine. D'une teinte grise-cendrée, ils sont parsemés, en outre, de taches et de lignes d'un noir-foncé qui se rencontrent sous des angles multipliés, dessinent çà et là des lozanges plus ou moins réguliers et abondans, principalement vers le sommet, au niveau d'une dépression radiée dans son contour, espèce de cicatrice sur la nature de laquelle nous aurons occasion de discuter plus tard. Le cœur, quoique d'une dimension et d'une nutrition bien proportionnées, ainsi que les gros vaisseaux de sa base, sont cachés presque en entier par l'expansion des poumons qui les recouvre. La cavité des plèvres est remarquable par sa sécheresse; le doigt promené à sa surface est à peine humide. Ce sont les poumons de ce type qu'on voit appliqués immédiatement sur le diaphragme, égaux en longueur comme en épaisseur à droite et à gauche, lorsque le thorax étranglé au niveau de la huitième côte a refoulé le foie vers la région abdominale. Extraits de la poitrine, ils donnent à la pression la sensation de la ouate; la crépitation est peu bruyante, bien sensible, et la rénitence du tissu très-prononcée. Le poids de ces organes, quoique considérable, est loin de répondre à leur volume qui peut s'accroître immédiatement par l'insufflation, au point qu'ils ne peuvent plus rentrer dans la poitrine. La forme conique est bien conservée.

En un mot, l'aspect extérieur diffère fort peu de l'aspect des poumons de l'adulte; mais une particularité importante à noter, et que nous avons constatée toutes les fois que le thorax offrait l'aplatissement latéral à un certain degré, c'est la disposition du grand sillon interlobaire. Ce sillon qui, chez l'adulte, laisse tout-à-fait en haut le lobe supérieur des poumons et s'avance obliquement vers la racine pour éprouver à droite la subdivision qui laisse exactement à la partie moyenne le lobe central, et à gauche, exactement en bas le lobe inférieur; ce sillon est devenu vertical de telle façon, qu'à gauche le poumon présente ses deux lobes opposés dans un nouveau sens, l'un directement en avant, l'autre en arrière, et qu'à droite, le lobe moyen projetté en en bas se laisse surmonter par l'inférieur qui s'élève alors quelquefois au point de constituer le quart postérieur, et même plus, du sommet de l'organe. — C'est ainsi qu'une pneumonie du sommet peut occuper le lobe inférieur, comme nous le verrons plus tard.

2e *Type.* — Ce deuxième type, le plus commun, se rapproche du premier par la régularité de sa forme, mais en diffère essentiellement par le volume. Ces poumons sont petits, légers, peu susceptibles de développement par l'insufflation la plus forcée qui leur donne à peine la proportion convenable au thorax qui les renferme. Une sérosité limpide et plus ou moins abondante les baigne constamment dans la cavité des plèvres. Les taches et lignes noires qui maculent la surface sont beaucoup plus prononcées que dans les poumons du premier type. Si l'on comprime, la crépitation a un caractère particulier; elle est, on pourrait dire, moins bruyante et plus diffuse que dans le poumon de l'adulte. On voit coincider avec ces poumons un cœur peu développé, le thorax est remarquablement rétréci, en même temps que les parties molles qui le recouvrent sont faibles et amaigries.

3e *Type.* — Les poumons de cette troisième espèce sont entièrement distincts des deux formes précédentes sous tous les rapports de l'aspect extérieur. Appliqués à la colonne vertébrale sur laquelle ils semblent se mouler sans retrait apparent, ils représentent une masse inégalement bosselée qu'entoure, comme dans le cas précédent, un liquide séreux limpide, mais bien plus abondant, variable toutefois en quantité, suivant que ce liquide est, ou non, traversé par des adhérences anciennes lamelleuses et filamenteuses qu'on rencontre surtout vers la dépression du sommet, L'inégalité de la surface n'est pas d'ailleurs le seul trait qui caractérise ces poumons. Livides et flasques, ils n'ont plus aucune apparence de la forme conique propre à ces organes, et souvent le sommet a plus de volume que la base. La division des lobes n'est pas moins remarquable. Ces lobes ne sont quelquefois unis que par un pédicule aplati et mince qui les laisse comme flottans; les scissures proprement dites ont disparu. L'insuflation ne fait que rendre plus évidentes encore ces diverses déformations, et tout en les pénétrant avec facilité, n'accroît que fort peu leur volume. Ils sont d'une légèreté extrême. Enfin, au toucher ils donnent une sensation qu'on ne peut mieux comparer qu'à celle que donne une tresse de filasse.

La crépitation est *sourde*, *lente*. Le cœur est petit, souvent dans un véritable état d'anémie, et le thorax présente au plus haut degré le marasme squelettique que nous avons décrit.

Structure intime. — On a pu suivre dans les détails que nous venons d'exposer, la succession des changemens par lesquels les poumons s'éloignent, chez les vieillards, de la forme et de l'aspect des poumons de l'adulte, et comment a procédé jusqu'à présent, l'altération sénile de ces organes, toujours directement correspondante avec celle du thorax. Nous retrouvons, à propos de la structure intime, un rapport non moins constant entre les parties contenantes et les parties contenues, et qui tend de plus en plus à ménager les transitions à l'aide desquelles s'établissent les différences d'organisation entre les deux âges.

M. Magendie a posé comme fait fondamental dans la structure intime des poumons des vieillards, l'accroissement de la grandeur des cellules, d'où résulte une légèreté spécifique considérable. Nos observations sont en accord sur tous ces points (1). M Magendie a également bien vu que ces changemens dans la texture pulmonaire par les progrès de l'âge, sont d'autant plus prononcés que le vieillard conserve moins des restes de la vigueur de l'adulte. Toutefois il est évident que cet habile physiologiste n'a arrêté son attention que sur celle des variétés de poumons des vieillards dans laquelle la cacochymie sénile a atteint son dernier degré, comme on peut le voir d'après le type unique qu'il adopte pour sa description, et surtout la figure qu'il en donne dans la planche annexée au mémoire. (*V. fig. D. loco citato*).

Il est à regretter que cette préoccupation ait détourné M. Magendie d'un examen plus complet. Cet examen eut, peut-être, modifié l'opinion qu'il professe relativement à l'organisation pulmonaire, opinion qui renverse toutes les idées le plus généralement reçues sur ce sujet, tandis que la structure celluleuse du poumon du vieillard, poursuivie dans toutes ses phases, nous paraît destinée à asseoir ces idées plus que jamais. Nous allons, du reste, l'exposer telle que nous l'avons constatée dans les trois formes typiques que nous avons admises.

Notre procédé, dans cette étude, a été le même que celui de M. Magendie, sauf l'insuflation. Les poumons simplement desséchés n'ont pu ainsi nous présenter que la texture qui leur est parfaitement naturelle.

---

(1) Des expériences directes que nous avons entreprises sur la capacité et l'élasticité des poumons des vieillards; expériences dans lesquelles M. le professeur Pelletan veut bien nous aider de ses conseils, et que nous publierons dans un prochain article, nous permettront de donner en même temps nos propres observations sur la pesanteur absolue et spécifique de ces organes. (V. *Respiration chez les Vieillards*; 2e partie de ce Mémoire).

Ier *Type. — Poumons volumineux, remplissant un thorax développé, et dont les parties molles ont conservé un embonpoint marqué.* — Lorsqu'un poumon appartenant à ce type a été soumis à la dessication, voici ce qu'on découvre sur une lame mince obtenue par incision. Si l'on regarde cette lame à contre-jour, on la voit criblée de trous exactement arrondis, et rapprochés comme les mailles d'une dentelle. Le diamètre de ces trous est d'un quart de ligne environ; leur circonférence n'est interrompue dans aucun point, de manière qu'ils constituent des cellules parfaitement régulières et *partout indépendantes.*

Des tractus linéaires qui représentent les lignes lozangiques de la surface, divisent la lame pulmonaire en compartimens de diverses grandeurs, et limitent les lobules dans l'épaisseur du parenchyme. D'autres tractus plus déliés et arborescens se subdivisent à l'infini dans l'intervalle des premiers. La loupe les fait aisément reconnaître pour des vaisseaux qu'on distingue jusqu'au contour des cellules dans lequel ils se consument (1).

IIe *Type. — Poumons de forme régulière, mais petits, baignés de sérosité. Thorax rétréci, parties molles, minces et amaigries.* — Une lame obtenue par incision de ces poumons desséchés présente une texture celluleuse, qui, tout en se rapprochant de celle que nous venons d'examiner, en diffère néanmoins sous plusieurs rapports. Ce n'est plus cette forme arrondie des cellules qui était si marquée et si constante; elles s'alongent ici en ellipse de manière à offrir une série de fentes d'une ligne quelquefois d'étendue dans leur plus grand diamètre, et que terminent deux commissures plus ou moins anguleuses. — Les tractus vasculaires ont subi le même alongement, et leurs divisions, recherchées à la loupe, sont manifestement moins multipliées. Les lignes qui tracent les lobules sont, du reste, encore assez distinctes, et les cellules, quoique déformées, ne cessent pas d'être toujours bien indépendantes et limitées par une circonférence régulière.

IIIe *Type. — Poumons de forme irrégulière, flétris, baignés dans une sérosité abondante, et appliqués à la colonne vertébrale, dans un thorax rétréci et réduit à l'émaciation squelettique.* — Les cellules pulmonaires n'offrent plus désormais aucune forme distincte. Le parenchyme est converti en une sorte de spongiosité dont les aréoles ne présentent aucun arrangement déterminé. La lame du poumon ne peut plus être comparée qu'à un réseau déchiré dont les débris interceptent des espaces aussi variables dans leur étendue que dans leur figure. La loupe n'aperçoit qu'à peine quelques branches vasculaires, ténues et rares, et toute division lobulaire s'efface.

Telle est la conformation celluleuse que des observations répétées, d'après le procédé de simple dessication que nous avons indiqué, nous ont constamment présentée dans des poumons qui, conservant d'ailleurs toute la perméabilité nécessaire à la libre circulation de l'air dans leur intérieur, et appartenant à des sujets qui n'avaient éprouvé pendant la vie aucun trouble notable de la respiration, doivent être considérés comme offrant une disposition organique qu'on peut dire normale, au milieu des altérations qu'entraîne l'état sénile.

Cet emphysème naturel ne pouvait manquer de fixer une observation attentive; mais il était important d'en suivre les progrès, pour ne laisser échapper aucune de ses nuances, en bien préciser le terme, et distinguer désormais les modifications purement séniles des lésions morbides proprement dites.

Bornée dans les poumons de notre premier type au simple agrandissement des surfaces, la raréfaction du tissu n'a encore altéré en rien la forme des cellules, qui devient même plus distincte par l'espèce d'exagération qu'elle a subie. Pour donner aux inductions de nos recherches toute la rigueur possible, nous devions comparer ici le poumon de l'adulte et le poumon du vieillard qui se rapprochent encore par tant de points de contact, et *mesurer* réellement leurs différences sous le rapport de la grandeur des cellules. Cet examen comparatif nous était commandé par le travail de M. Magendie.

Nous avons donc soumis à la dessication, et toujours sans insufflation préalable, des poumons d'adulte de 30 à 40 ans. Nous avons constamment reconnu sur les lames de ces poumons, mises en regard avec une lame de poumon de vieillard du type dont il s'agit, une différence de près de moitié en moins dans le diamètre des cellules. Ainsi les cellules du poumon du vieillard ayant un quart de ligne; celles du poumon de l'adulte n'ont présenté qu'un huitième, ou au plus un sixième de ligne. Poursuivant ensuite cet examen comparatif, en descendant plus bas dans la série des âges, nous avons encore mesuré sous le même rapport les cellules du poumon chez des enfans de quatre à six ans, et là nous n'avons plus trouvé qu'un douzième de ligne environ. Enfin, chez un enfant nouveau-né à terme et qui avait respiré, les cellules du poumon ne se présentaient guère que comme les pertuis résultant des piqûres de l'aiguille la plus déliée.

D'où cette loi définitivement et tout d'abord établie, que M. Magendie avait déjà formulée, mais qu'on peut dire qu'il avait prévue plutôt que démontrée, puisque ses recherches ont été incomplètes; loi d'après laquelle,

(1) Pour acquérir des notions plus précises sur la vascularité des poumons des vieillards, nous avons voulu recourir aux injections artificielles. Quelle qu'ait été la forme typique des poumons dans lesquels l'injection a été poussée, ainsi que la matière employée parmi celles mises en usage dans ces cas, quelles qu'aient été d'un autre côté les précautions prises, le résultat définitif a constamment amené l'oblitération des cellules, et la confusion de tous les élémens anatomiques dans les lobules. La simple injection sanguine dont les poumons les plus sains sont le siége, nous a seule servi à établir cette vascularité que nous recherchions. L'injection hypérémique du premier degré des congestions morbides confirmera, d'ailleurs, plus tard, ce que nous énonçons sur ce point d'anatomie de texture.

sous un même volume, le poumon perd de sa densité, et offre à l'hématose un espace qui tend à diminuer en raison du progrès de l'âge; ce que prouve, de reste, la succession croissante des altérations séniles.

Si la raréfaction est, en effet, peu marquée dans les poumons du premier type, elle se prononce déjà d'une manière notable dans le second. Non-seulement les cellules se déforment, mais l'alongement et l'atténuation de leurs parois rendent leur fusion imminente. La totalité de l'organe s'affaisse. Mais c'est dans les poumons du troisième type que la raréfaction atteint, comme on l'a vu, son plus haut degré, et aboutit à une véritable désorganisation.

Nous ferons ressortir une dernière fois la progression et l'invariable simultanéité avec laquelle s'altèrent toutes les parties qui concourent à l'acte de la respiration chez le vieillard. Ainsi l'on voit le thorax s'accommoder incessamment dans son atrophie à l'atrophie des poumons, opérer son retrait en raison du retrait de ces organes, et l'épuisement de la vascularité, toujours en rapport avec l'épuisement de la texture, décéler la proportion directe qui ne cesse d'exister entre l'affaiblissement de la puissance chimique et le déchet des forces mécaniques.

Un fait encore sur lequel nous voulons appeler l'attention, et qui se concilie avec les observations qui précèdent, c'est l'épanchement de sérosité limpide dans la cavité des plèvres, qui accompagne la flétrissure de plus en plus marquée des poumons des deux derniers types, épanchement qui contraste si singulièrement avec la sécheresse de la membrane qui revêt les poumons volumineux du premier. Ne doit-on pas être porté à voir ici une analogie complète entre cet épanchement et l'accumulation de sérosité qui s'effectue dans la cavité crânienne lors de l'atrophie du cerveau, et ne pourrait-on pas invoquer une argumentation semblable à celle que M. Magendie a développée dans ce cas, à propos du vide qui tendait à s'opérer dans le crâne, et que la sérosité était destinée à combler? En effet, le thorax, dans son affaissement, n'a-t-il pas des limites, et lorsque celui-ci est le plus complet, n'est-il pas encore insuffisant pour pouvoir appliquer les parois sur les poumons qui atteignent le terme de l'exténuation sénile? Du reste, nous n'émettons cette proposition qu'avec la réserve qui convient; nous aurons occasion de la reprendre plus tard.

Si maintenant on suit dans le mémoire de M. Magendie la structure celluleuse qu'il assigne au poumon du vieillard, et qu'il réduit à une intrication de lacunes semblable à une *écume légère* (page 81), n'est-il pas bien évident, comme nous l'avons dit, que cette description ne s'applique qu'au dernier degré de l'altération sénile de ces organes, et demeure ainsi au moins incomplète?

Enfin, comme nous l'avons dit encore, si l'on tient compte de toutes les phases que parcourt la raréfaction du tissu, le simple agrandissement des surfaces qui marque son début, n'est-il pas propre, en grossissant, pour ainsi dire, la conformation intime, à fournir des inductions générales sur la texture pulmonaire; et loin de rappeler les idées d'Helvétius comme le fait la doctrine de M. Magendie, dans laquelle un lobule du poumon n'est, en définitive, *qu'un réseau confus dont les aréoles communiquent toutes entr'elles*, l'extrême régularité des cellules si distinctes dans ce premier degré de la raréfaction n'est-elle pas, au contraire, toute favorable à la théorie de Willis, qui voulait leur texture vésiculaire, et surtout à celle de Resseisen qui a tant insisté sur leur indépendance? Ce qui nous reste à exposer de nos observations sur la texture des lobules du poumon chez le vieillard vient de nouveau appuyer cette dernière théorie, et se trouve, en tous cas, cette fois, en opposition formelle avec celle de M. Magendie.

Dépassant les idées d'Helvétius, M. Magendie n'admet pas même de tissu cellulaire proprement dit dans les lobules pulmonaires. Ce sont les vaisseaux seuls qui, arrivés à leurs divisions extrêmes, circonscrivent par leurs anastomoses dans tous les sens les espaces resserrés où l'air pénètre et ne se trouve séparés du sang que par la faible épaisseur de leurs parois. Là où commencent les lobules, là finissent les bronches et la membrane muqueuse qui les tapisse. Ce ne serait que la destruction atrophique des vaisseaux pulmonaires qui amènerait progressivement la raréfaction sénile du parenchyme.

Voici ce que, même à l'œil nu, nous avons aperçu relativement à ces derniers élémens de la structure des lobules. Ici encore la raréfaction agrandit le champ de l'observation, et aidera peut-être de plus en plus à la solution de tant de questions indécises.

Au centre des groupes des cellules, à quelque type qu'appartinssent les poumons dont nous examinions les lames désséchées, se dessinaient çà et là des canaux étroits et alongés, et dont une seule paroi incisée laissait voir le fond percé de trous disposés sur une même ligne et plus ou moins multipliés. Quelquefois la coupe n'intéressant qu'une partie de la paroi divisée, le canal se trouvait alors taillé en bec de plume, et l'on pouvait y introduire obliquement un stylet fin ou une soie de sanglier. Le diamètre de ces canaux variait d'un quart de ligne à une demi-ligne; il s'en séparait parfois des petites branches collatérales très-déliées, mais qui ne tardaient pas à se fondre dans la criblure générale de la lame pulmonaire. Dans l'aire des cellules les plus parfaitement arrondies, mais notamment dans les cellules irrégulières des poumons au dernier degré de raréfaction, il était aisé de distinguer une pellicule mince et transparente qu'on voyait surtout très-bien en inclinant la lame pulmonaire, pour peu que celle-ci eût une certaine épaisseur, et qu'on sût varier l'inclinaison à divers degrés. Cette pellicule translucide, tout-à-fait semblable à celle qui formait les parois des canaux dont on vient de parler, se découvrait alors adhérente par son bord au contour des cellules, flottante et plus ou moins irrégulièrement découpée à son bord libre. Quelques cellules, celles principalement qui appartenaient à des lames prises à la superficie des poumons, étaient complétement closes par la pellicule, et quelle que fût l'inclinaison qu'on imprimât aux lames, il était impossible d'apercevoir aucun orifice dans le fond de l'espèce de cul-de-sac qu'elle fermait. D'au-

tres cellules vues directement et en face, paraissaient aussi closes ; mais examinées obliquement on ne tardait pas à entrevoir dans la pellicule de leur fond une fente qui ouvrait ces cellules sur l'un des côtés de leur circonférence. C'est sur cette pellicule, dans les cas de congestion hypérémique, que la loupe peut saisir la disposition des capillaires les plus ténus, c'est elle qui les soutient manifestement.

Quelle est la nature de ces canaux qu'on voit ainsi dans le centre des lobules ? Que sont ces pellicules minces qui s'avancent dans l'aire des cellules ?

Il est impossible, suivant nous, de méconnaître dans les premiers des divisions extrêmes des bronches que le hasard de l'incision a ménagées dans leur trajet, et dans les pellicules des cellules, les parois incomplètes de ces mêmes divisions dont la coupe a été plus nette et plus perpendiculaire. Les trous qui percent le fond des canaux, qui se rangent sur une même ligne et qu'on ne peut considérer que comme des subdivisions de ces canaux coupées à leur origine, sont bien en accord avec ce qu'a dit Rescisen de la disposition en grappe des bronches lobulaires réduites à la muqueuse ; enfin, ces cellules complétement fermées de la superficie du poumon sont-elles autre chose que leurs ampoules terminales que l'incision a laissées intactes ? En tous cas, la trame des lobules n'est pas exclusivement vasculaire, et l'atrophie sénile s'exerce sur plus d'un élément de texture.

Nous terminerons ici cette première partie de notre travail sur l'histoire anatomique des poumons des vieillards. Reste l'étude des troncs bronchiques et de leurs grandes divisions, et celle de leur membrane muqueuse ; études, certes, fort importantes ; mais pour rapprocher toujours, d'après notre plan, l'état physiologique de l'état pathologique, nous reportons l'anatomie et la physiologie de ces canaux à l'époque où nous nous occuperons spécialement de leurs lésions.

Nous nous bornerons à dire pour le moment, que la raréfaction sénile s'étend à tout l'arbre bronchique qui a éprouvé une ampliation générale. Nous remarquerons surtout que la muqueuse pulmonaire chez le vieillard, est le siége habituel d'une sécrétion abondante, véritable bronchorrhée physiologique.

Recherches sur les épidémies de grippe, et en particulier sur l'épidémie qui a régné en 1833 *à Paris ; par le docteur* G. Richelot. (Fin). (1)

V. L'épidémie de 1830 (2), de même que la précédente, a fait le tour du globe ; comme elle, elle nous est venue de l'est de l'Europe, s'est répandue dans toutes les contrées, et a frappé presque tous les individus sans distinction d'âge, de sexe, ni de tempérament. Comme toutes les épidémies de grippe, elle s'est développée après une saison rigoureuse, et sous l'influence de variations très-marquées dans la température. On se rappelle, en effet, quelle a été la rigueur de l'hiver de 1829 à 1830.

Un grand nombre de personnes souffrirent peu de l'épidémie, bien qu'elles en fussent atteintes évidemment. Chez elles, la grippe consista dans un simple rhume accompagné de courbature générale. Chez les autres, elle débuta par une céphalalgie qui avait son siége principal vers le front et la racine du nez, et qui s'accompagnait, dans quelques cas, d'une vive sensibilité des tégumens du crâne, de la face et du cou ; cette céphalalgie était parfois très-aiguë. Bientôt se manifestaient des douleurs vagues dans la poitrine et dans les membres, le brisement des membres et les douleurs contusives par tout le corps. Tous les symptômes du coryza, tels que larmoiement, écoulement séreux par le nez, etc. ; quelquefois hémoptysie ; mal de gorge ; chaleur brûlante le long du trajet de la trachée-artère ; dyspnée ; toux avec expectoration muqueuse, souvent difficile, offrant, *dès le début*, les caractères de l'expectoration qui est produite à la fin du catarrhe bronchique. Le plus souvent, langue blanche, nette quelquefois ; déglutition difficile ; anorexie ; coliques ; pouls fréquent, plein et sans dureté ; peau chaude et inondée de sueur ; fièvre plus ou moins intense, à exacerbations le soir.

Chez plusieurs sujets jeunes et pléthoriques, le visage était rouge et bouffi, comme dans les coryzas intenses ; mais chez le plus grand nombre des malades les traits étaient retirés et contractés.

Parmi les symptômes qui persistèrent avec le plus de ténacité, on doit mettre en première ligne la toux et la faiblesse, qui souvent existaient à un haut degré longtemps après que tous les autres avaient disparu.

Cette grippe ne sévit à Paris qu'au commencement de l'été de 1831 : elle fut surtout très-répandue dans les mois de mai et juin. Il n'est presque aucune famille dont un ou plusieurs membres n'en aient été atteints ; mais quelquefois si légèrement, qu'ils ne se considéraient point comme malades. Elle eut cela de particulier, qu'elle précéda presque partout une maladie épidémique beaucoup plus grave, le choléra-morbus ; mais, de même que les autres épidémies de grippe, elle augmenta peu le nombre des décès, et s'arrêta peu de temps dans chaque localité.

Vers la fin de l'épidémie, les diarrhées devinrent de plus en plus communes ; il y eut de temps en temps des cas de dysenterie ; puis on remarqua des spasmes et de véritables crampes des membres ; c'était une sorte de transition au choléra.

Quant au traitement adopté pour la grippe, en 1830, il ressemble tellement à celui qui avait été choisi dans les épidémies précédentes, surtout les moins anciennes, que je n'en dirai rien pour éviter des répétitions inutiles.

---

(1) *Voyez* le premier article tome 32 de l'Encycl. D, p. 93.

(2) Il y a eu plusieurs relations de cette épidémie dans les Journaux français, allemands et italiens, mais les Journaux anglais en abondent.

VI. Nous avons vu tout-à-l'heure, que la grippe de 1830 avait précédé partout l'apparition du choléra; celle de 1833 sembla le suivre et s'emparer des localités qu'il abandonnait. Cette épidémie fut aussi générale que les autres, et même, à Paris, elle atteignit plus de personnes encore que celle de 1830-31 (1).

Les observations suivantes donneront une idée de cette maladie, du moins à Paris; elles sont prises, au hasard, au milieu de plus de trente observations analogues que j'ai recueillies à la Pitié. A cette époque, les malades atteints de grippe se présentaient en grand nombre dans les salles de M. Andral. Il existait une ressemblance si remarquable entre tous ces cas, que l'histoire de la maladie, écrite au lit d'un des malades, pouvait convenir à la plupart des autres, en changeant seulement le nom, et en modifiant quelques détails insignifians.

Obs. Ire. — Un ouvrier, âgé de 27 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, entre à la Pitié, salle Saint-Léon, n° 8, le 7 mai 1833. Il était malade depuis quinze jours. La maladie avait débuté par la perte de l'appétit, des douleurs contuses des membres, un endolorissement général, un affaiblissement progressif; quelques jours plus tard, il fut tourmenté par quelques nausées sans vomissemens, qui cessèrent avant son entrée à l'hôpital. Examiné le 8 au matin, il offrit l'état suivant :

Surdité de l'oreille droite, qui existe depuis le début de la maladie; bourdonnemens dans la même oreille; vue nette; pupilles un peu dilatées; yeux enfoncés et cernés; visage pâle; légère coloration jaune aux ailes du nez; absence de douleur dans les membres; insomnie; langue rouge à la pointe, jaune au milieu, un peu collante; soif modérée; bouche peu mauvaise; douleur à la pression dans la partie droite de l'épigastre, le reste du ventre souple et indolent; selles normales; pouls dur, développé, à 64; sueurs le soir; toux peu intense; respiration pure. (Orge édulc.; saignée de 4 palettes; diète.)

Le caillot sanguin ne se recouvrit d'aucune couenne. Le pouls descendit le lendemain à 60 pulsations. Le malade ne resta que six jours à l'hôpital; sa guérison s'acheva sous l'influence des boissons délayantes et du régime.

Dans ce cas, l'organe principalement affecté était évidemment l'estomac, qui semble avoir été le point de départ de la plus grande partie des symptômes.

Obs. IIe. — Pierre Girardin, tailleur, âgé de 19 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, est entré à la Pitié, salle Saint-Léon, n°. 5, le 7 mai 1833. Il était malade depuis cinq jours. Sa maladie avait débuté par de la céphalalgie et des douleurs dans les lombes. La veille de son entrée à l'hôpital, il avait eu des vomissemens. Examiné le 8 au matin, il présenta l'état suivant :

Etourdissemens, sans céphalalgie; épistaxis fréquentes depuis cinq jours; les douleurs des membres ont disparu; insomnie; langue blanchâtre et humide; soif nulle; appétit conservé; épigastre et abdomen indolens; selles normales; un peu d'impulsion et d'éclat au cœur; deux battemens précipités suivis d'un temps d'arrêt bien marqué; pouls à 76, offrant la même irrégularité; dyspnée après avoir couru; respiration pure; toux légère. (Orge édulc., potion gom.; saignée de quatre palettes; 2 bouillons.) Point de couenne.

Le 9, le temps d'arrêt se trouvait entre chaque battement du cœur; de loin en loin deux battemens précipités se suivaient comme la veille; point de douleurs, point de selles.

Le 10, six selles liquides, accompagnées de quelques coliques; pouls lent; état satisfaisant.

Les battemens du cœur et le pouls reprirent leur régularité; le traitement consista dans quelques boissons délayantes et le régime. Le malade sortit après six jours de séjour à l'hôpital.

Obs. IIIe. — Un journalier, âgé de 42 ans, entra à la Pitié, salle Saint-Léon, n° 25, le 8 mai 1833. Sa maladie avait débuté, la veille, par un frisson suivi de chaleur, puis de sueur, qui se reproduisit le jour même de son entrée à l'hôpital. Examiné le 9 au matin, il offrit les symptômes suivans :

Céphalalgie; étourdissemens; affaiblissement modéré; anorexie; langue chargée d'un enduit jaune, bouche mauvaise; soif vive; mal de gorge; douleur épigastrique déterminée par la toux; constipation; toux intense, surtout le matin, où elle donne lieu à des envies de vomir : tous ces symptômes existent depuis le début; respiration pure; pouls à 72; point d'accès de fièvre appréciable. (Lim. avec sirop de gom.; saignée de quatre palettes; diète). Le caillot sanguin offrait une couenne mince et partielle.

Le 11, étourdissemens quand le malade se lève; pas

(1) Pour l'épidémie de 1833, voyez également les journaux de médecine de l'époque. L'énumération des articles où l'on a traité ce sujet serait fort longue; je citerai seulement les suivans que j'ai consultés plus particulièrement :

Gazette médicale, année 1833; plusieurs articles intéressans.

Ibid., année 1834, p. 252.

Epidemic catarrh or Influenza, by Dr. Ward. (Trans. of the med. and phys. Soc. of Calcutta. T. VI, 1833.)

Mittheilungen über das, im frühjahr 1833 *in Danzig herrschende, epidemische Katarrhalfieber* (Grippe). Von Dr Sinogowitz. (Rust's Mag., T. XL, part. I, p. 56.)

Die Influenza im Darkehmen'schen Kreise im marz und april 1833. Von Dr Carganico. (Rust's Magazin, T. XL, part. 3, p. 403.)

Bulletin médical de Bordeaux, N° I, p. 2.

Dr Tinelli, *Rapporto del Grippe che dominò nella città di Mantova.* (Annali universali di medicina, T. LXVIII, p. 79.)

Dr Antonio Galli, *Del grippe che dominò in Novara nell' anno* 1833. (Repertorio Medico-chirurgico del Piemonte, mars et avril 1834, p. 117.) Le Dr Antonio Galli appelle la grippe une affection *schneidero-trachéo-bronchitique.*

Notice of the late Influenza in Edinburgh. By William Brown. (Edinb. med. and surg. Journal, janvier 1835.)

de céphalalgie ; toux moins fréquente, mais plus difficile ; langue sale ; bouche mauvaise ; appétit médiocre ; pouls à 60. (Lim. ; deux bouillons.)

Le 12, toux moins intense ; sueurs pendant la nuit ; amélioration.

Le 14, le malade se plaignit d'éprouver des rapports acides ; deux onces d'huile de ricin produisirent plusieurs selles. Le malade resta en tout neuf jours à l'hôpital.

Obs. IVe. — Un boulanger, âgé de 33 ans, habituellement d'une bonne santé, entra à la Pitié, salle St.-Léon, n° 11, le 8 mai 1833. Cet homme était souvent enroué, mais il n'était point sujet à tousser ; il était malade depuis trois semaines. Le début de sa maladie avait été marqué par une sensation de froid qui, d'abord limitée aux reins, s'était étendue à toute la surface du corps, et s'était accompagnée d'un grand affaiblissement. Tous les jours, après le coucher du soleil, il était pris de frisson ; la nuit, il éprouvait du malaise, mais point de chaleur normale ; deux fois seulement il avait eu de la moiteur. Tous les matins, il avait de la céphalalgie, des étourdissemens. L'appétit n'avait persisté que pendant les premiers jours. Examiné le 9 au matin, il présenta l'état suivant :

Céphalalgie ; pas d'épistaxis ; langue humide et rosée, avec léger enduit blanc au centre ; bouche pâteuse mais non amère ; soif modérée depuis quatre jours ; avant cette époque elle était très-vive ; diminution de l'appétit ; épigastre et ventre souples et indolens ; selles normales ; urines d'un jaune foncé : pouls à 52. Le frisson ne reparaît plus depuis que le malade est entré à l'hôpital ; mais le soir, il éprouve encore un peu de froid ; affaiblissement ; douleurs dans les lombes ; toux fréquente ; résonnance de la poitrine normale ; respiration pure. (Mauve avec sirop de gom. ; potion gom. ; deux soupes ; deux bouillons.)

Le 11, même affaiblissement ; langue normale ; maux des reins ; appétit ; une selle naturelle. Le pouls est descendu à 40.

Ce malade recouvra ses forces peu-à-peu, et resta à l'hôpital huit jours.

Obs. Ve. — Un cordonnier, âgé de 19 ans, habituellement bien portant, fut placé salle St.-Léon, n° 12, le 8 mai 1833. Il était malade depuis le 6. Sa maladie avait débuté par des douleurs dans les lombes et dans les membres ; il avait d'abord conservé son appétit et avait travaillé le premier jour ; la nuit avait été bonne ; mais le deuxième jour, il avait été forcé de cesser son travail, à cause de sa faiblesse et des douleurs qu'il éprouvait dans les membres. Ce même jour et le jour suivant, il éprouva, le soir, du frisson qui ne se renouvela plus. Il avait toussé dès le début.

Le 10, absence complète de douleur ; langue rouge, comme dépouillée, collante ; soif nulle ; appétit ; ventre et épigastre souples et indolens ; pouls à 68 ; toux pendant la nuit, mais non pendant le jour ; respiration pure. (Saignée de quatre palettes (sans couenne) ; orge édulc. ; 2 soupes et 2 bouillons.)

Le malade se trouvant mieux ne resta que trois jours à l'hôpital.

Obs. VIe. — Un marchand d'huile, âgé de 34 ans, est entré à la Pitié, salle St-Léon, n° 5, le jeudi 9 mai 1833. Il était malade depuis le mardi au soir. La veille de ce jour, son appétit était comme à l'ordinaire ; le mardi matin, il avait bien déjeuné. Mais au diner, l'appétit s'était trouvé diminué. Vers six heures du soir, frisson ayant pour point de départ la colonne vertébrale ; fièvre ; moiteur pendant la nuit. Le mercredi, fièvre plus forte dans la journée (une saignée) ; point de frisson le soir ; moiteur dans la nuit. Le jeudi, fièvre moins intense. Le malade a toussé dès le début ; examiné le 10 au matin, son état est le suivant :

Céphalalgie sus-orbitaire depuis hier soir ; crampes légères dans les membres ; douleurs de reins ; brisement des forces ; langue humide, sans rougeur et sans enduit ; soif modérée ; anorexie ; goût amer à la bouche ; quelques nausées sans vomissement ; ventre souple, léger endolorissement dans toute son étendue ; point de selles depuis mardi ; pouls normal pour le rythme et la force, à 72 ; résonnance normale de la poitrine ; son un peu mat à la région précordiale ; bruit respiratoire très-fort en arrière, un peu de râle sibilant en arrière et à gauche. Toux fréquente ; crachats muqueux. (Mauve avec sirop de gomme ; pot. gom. ; saignée de 4 palettes ; diète.) La saignée fournit un caillot large recouvert d'une couenne mince.

Le 11, crampes légères ; constipation ; bouche moins amère ; point d'envie de vomir ; ventre encore un peu douloureux ; pouls à 76 ; voix enrouée ; point de mal de gorge ; toux, respiration et expectoration comme la veille. (Mauve ; p. g. ; lavement ; 2 bouillons.)

Le malade ne resta que quatre ou cinq jours à l'hôpital ; tous les symptômes s'étaient amendés, excepté la toux qui était encore très-forte.

Obs. VIIe. — Une domestique, âgée de 35 ans, a été placée salle St.-Thomas, n° 26, le 11 mai 1833. Elle toussait depuis six semaines et avait craché un peu de sang. Depuis cinq jours, brisement des forces, engourdissement des membres.

Le 12, céphalalgie intense ; mal de gorge ; endolorissement général ; anorexie qui existe depuis six semaines : soif vive ; pouls à 104 ; respiration normale, mais forte et un peu accélérée ; toux. (Mauve avec sir. de gom. ; pot. gom. ; saignée de 4 palettes ; diète.)

Le 13, céphalalgie moins forte ; diminution de l'engourdissement ; anorexie ; mal de gorge ; langue naturelle ; toux assez forte ; pouls 116 ; la malade est toujours accablée. (Mauve ; pot. gom. ; diète.)

Le 14, anorexie, nausées, toux. A partir de ce jour, l'état de la malade s'améliora progressivement ; on lui accorda quelques alimens. Cependant le 23, la bouche était mauvaise ; il y avait de la céphalalgie et des étourdissemens. Deux onces d'huile de ricin produisirent dix selles sans coliques. La malade quitta l'hôpital le 29, en bon état.

Obs. VIIIe. — Une fruitière, âgée de 25 ans, couchée au n° 17 de la salle Saint-Thomas, était malade depuis quinze jours. Le 13 mai 1833, lendemain de son

entrée, elle éprouvait de la douleur à la tête et à la base de la poitrine; un grand affaiblissement; des douleurs dans les lombes et les jambes; elle toussait depuis le début de sa maladie; elle avait mal à la gorge depuis sept ou huit jours; du reste, anorexie; langue naturelle; épigastralgie légère; ventre indolent: selles naturelles; pouls à 76; respiration normale. (Manne avec sirop de gom.; potion gom.; saignée; diète.) Le caillot sanguin était large et recouvert par une couenne.

Le 17, langue blanche; appétit; épigastre indolent; pouls à 64; céphalalgie.

Le mal de tête persista après la cessation des autres symptômes; mais il ne dura que quelques jours, et la malade sortit après neuf jours de traitement.

Obs. IXe. — Un ébéniste, âgé de 18 ans, est entré à la Pitié, salle Saint-Léon, n° 10, le 16 mai 1833. Il était malade depuis huit jours. La maladie avait débuté par de la céphalalgie, du malaise, un affaiblissement remarquable, et de l'anorexie. Dès le premier jour, il avait éprouvé du dévoiement qui n'avait duré que trois ou quatre jours. Deux jours seulement avant son entrée à l'hôpital, la toux se manifesta.

Le 17, il y eut deux épistaxis.

Le 18, céphalalgie moindre; accablement sans douleur; langue blanche; bouche pâteuse; soif vive; anorexie; pas de nausées. Les jours précédens le malade avait eu mal à la gorge; épigastre et ventre indolens; constipation depuis quatre ou cinq jours; pouls à 56; alternatives de chaud et de froid; sueurs fréquentes; toux légère; bras et jambes brisés. (Orge édulc.; potion gom.; saignée de quatre palettes; diète)

Tous les symptômes cédèrent rapidement; le malade sortit après six jours de traitement.

Obs. Xe. — Une lingère, âgée de 50 ans, est entrée à la Pitié, salle Saint-Thomas, n° 7, le 21 mai 1833. Depuis huit jours, elle éprouvait un point de côté, et depuis quinze jours, elle avait de la céphalalgie et de la toux.

Le 22, au matin, céphalalgie générale; insomnie; langue blanche; anorexie; bouche pâteuse; soif vive; ventre indolent; selles naturelles; pouls à 80; respiration pure en arrière et en avant; toux; crachats muqueux. (Manne avec sirop de gom.; deux onces d'huile de ricin dans deux tasses de bouillon aux herbes; potion gom. avec sir. diac., ℥ß; diète.) Il y eut onze selles, peu de coliques, et à peine quelques nausées.

Le 23, nuit bonne pour la première fois depuis quinze jours: bouche moins pâteuse; soif vive; diminution de la toux; pouls à 80. (Même prescription, sauf l'huile de ricin.)

Les mêmes moyens furent continués; l'amélioration marcha progressivement, et la malade quitta l'hôpital le 3 juin.

Obs. XIe. — Une passementière, âgée de 33 ans, est entrée à la Pitié, salle Saint-Thomas, n° 15, le 22 mai 1833. Depuis quinze jours, elle éprouvait de la céphalalgie, de l'anorexie, de la soif, et de la toux qui était plus forte la nuit que le jour, n'était suivie d'aucune expectoration, et avait déjà diminué depuis deux ou trois jours. La veille de son entrée, le matin, elle ressentit de la douleur dans le mollet du côté gauche; à midi, la jambe était considérablement enflée; la station était impossible à cause de la douleur qu'elle déterminait. Jamais auparavant cette femme n'avait éprouvé rien de semblable.

Le 23, au matin, langue sale; respiration pure; pouls à 72; de plus, les symptômes indiqués plus haut. (Orge édulc.; sulfate de soude ℥ j, et tartre stibié gr. 3 dans un pot de tisane.) Il y eut dix selles, sans colique ni vomissemens.

Le 24, visage meilleur; pas de toux cette nuit; langue blanche, mais moins chargée qu'hier; anorexie; soif médiocre; diminution de l'enflure. (Orge édulc.; diète.)

La malade est sortie le 27, bien portante et sans enflure de la jambe (1).

Obs XIIe. — Un maçon, âgé de 19 ans, est entré à la Pitié, salle Saint-Léon, n° 20, le 26 mai 1833. Il était malade depuis le 22. Début par anorexie, vomissement des alimens; faiblesse des jambes; céphalalgie intense surtout dans l'après-midi; quelques étourdissemens; douleurs des reins; insomnie; mal de gorge qui n'a pas persisté; toux fréquente.

Le 27, céphalalgie; langue rouge et un peu collante; soif modérée; anorexie; épigastre indolent; douleur dans le ventre déterminée par la toux; constipation; pouls à 116; frissons irréguliers, accompagnés de chaleur ou alternant avec elle: la toux était fréquente au début, mais maintenant le malade éprouve des envies de tousser auxquelles il ne peut satisfaire, sans doute à cause de la douleur; point de crachats; en arrière, des deux côtés, mélange de râle muqueux et de râle sibilant; son moins clair en arrière et en avant sous la clavicule gauche, quoique la respiration s'y entende assez bien; sous la clavicule droite, son très-clair; dans le même point, respiration pure et forte; sous la clavicule gauche, respiration moins forte et moins pure; tout

---

(1) Ce gonflement de la jambe, à la suite de la grippe, deviendra plus intéressant en le rapprochant de faits semblables observés dans un pays fort éloigné du nôtre. On lit dans *Observations on the changes of the air and the concomitant epid. diseases in the Island of Barbados*, etc., par W. Hillary, Lond., 1759, le passage suivant: « Vers la fin de février 1755, plusieurs personnes furent atteintes d'une fièvre catarrhale épidémique. La maladie débutait par un frisson qui durait tantôt seulement une ou deux heures, tantôt quatre ou cinq, et qui était remplacé par une chaleur fébrile et une céphalalgie intense. Quelques sujets avaient des douleurs dans le dos et par tout le corps, etc. Quelquefois, la maladie durait un, deux, trois jours, quelquefois davantage; sa terminaison était parfois signalée par une sueur abondante. Mais dans le plus grand nombre des cas, il se développait de l'inflammation dans une jambe, qui présentait l'aspect de l'éléphantiasis, mais sans gonflement des glandes de l'aine, et sans la raie rouge qui s'étend ordinairement, dans cette dernière maladie, de l'aine à la jambe, etc. » (Pages 72 et 73.)

le côté gauche de la poitrine en avant semble plus élevé que le droit, mais cette élévation paraît due à un développement considérable des parties musculaires ; tout ce côté, en avant, offre un son moins clair. (Mauve édule. ; potion gom. ; saignée de quatre palettes ; diète.) Caillot large, sans couenne.

Le 28, la saignée fit disparaître la céphalalgie et la plupart des autres symptômes ; la langue était meilleure que la veille, l'appétit revint un peu ; pouls à 96 ; rale muqueux et crépitation en arrière, à gauche, dans plusieurs points.

L'amélioration marcha rapidement ; le 3 juin, le malade mangeait les trois quarts d'alimens.

Le malade dont on vient de lire l'histoire était, depuis deux ans, sujet aux épistaxis, aux crachemens de sang (il affirma qu'il crachait du sang noir), à la toux, etc. En réunissant ces renseignemens aux résultats de la percussion et de l'auscultation, on est porté à penser qu'il portait quelques tubercules dans le sommet du poumon gauche. C'est probablement cette disposition fâcheuse qui fut cause que chez lui la grippe se compliqua de bronchite intense, et même d'engouement inflammatoire du poumon.

Obs. XIIIe. — Une domestique, âgée de 19 ans, est entrée à la Pitié, salle Saint-Thomas, n° 13, le 4 juin 1833. Elle se disait malade depuis huit jours. Cependant quinze jours auparavant, elle avait craché du sang pendant deux jours et avait eu deux épistaxis. Huit jours avant son entrée, étourdissement qui persista seul pendant deux jours ; puis, douleur au flanc droit. Le 3 juin mal de gorge.

Le 5, au matin, céphalalgie frontale ; étourdissemens ; nuages devant les yeux ; pupilles dilatées ; épistaxis ; douleurs contuses des membres ; langue un peu collante ; anorexie depuis le début ; soif nulle ; nausées sans vomissemens ; mal de gorge ; articulation des mots pénible ; larynx douloureux à la pression ; quelques coliques cette nuit ; selles normales ; pouls à 100 ; toux, depuis le début ; respiration pure. (Mauve ; potion gom. ; saignée de quatre palettes ; diète.) Point de couenne sur le caillot sanguin.

Le 6, céphalalgie ; une selle hier ; coliques ; langue naturelle ; anorexie ; pouls à 76 ; frisson hier au soir, de sept à huit heures ; sueur dans la nuit. (Même prescription.) Caillot de la saignée également sans couenne.

On continua le traitement antiphlogistique en lui associant quelques purgatifs. Le rétablissement ne tarda pas à être complet.

Dans ce cas, la grippe, bien que sans complication, a offert plus d'intensité que dans ceux qui précèdent.

Je pourrais ajouter un grand nombre d'observations à celles qu'on vient de lire ; mais je pense que celles-ci suffiront pour bien faire connaître l'épidémie de grippe de 1833. Je pense aussi qu'il serait fort inutile de faire un résumé des symptômes qui ont été observés chez ces malades ; les observations sont si courtes, les principaux phénomènes morbides se reproduisent avec tant d'analogie dans chacune d'elles, que ce résumé se fait de lui-même, en même temps qu'on les parcourt. La meilleure manière, à mon avis, de faire connaître une maladie, c'est d'en réunir un nombre convenable d'observations suffisamment détaillées ; les meilleures descriptions générales n'y suppléent qu'imparfaitement.

Il me reste encore à rendre compte de la marche générale de l'épidémie de 1833 en Europe, et surtout à Paris. Je profiterai de cette circonstance pour établir un court parallèle entre les diverses épidémies de grippe, et pour consigner quelques résultats généraux qui ressortent des recherches auxquelles je me suis livré.

La grippe de 1833 sembla suivre exactement la même marche que l'épidémie du choléra ; c'est ce qui a été surtout évident en Russie et dans presque toute l'Allemagne. Elle nous est venue, selon toute probabilité, de l'Asie occidentale, d'où elle s'est répandue sur toute l'Europe. Son influence a été générale, en ce sens que, dans toutes les localités où elle sévissait, elle frappait une immense partie de la population. Elle séjournait peu de temps dans chaque point où elle s'arrêtait. Il est déjà facile de reconnaître un certain nombre des caractères les plus importans de toutes les épidémies de grippe. Toutes, en effet, ont envahi successivement toute l'Europe, en marchant du nord et de l'est, vers l'ouest et le midi. Il n'y a point d'exception pour cette circonstance. J'en dirai autant de l'universalité de son influence. C'est cette influence si généralement ressentie, qui constitue le caractère par excellence des épidémies proprement dites. Quant à la durée de son séjour dans chaque endroit, elle a été en général peu considérable, mais sujette à beaucoup de variations. On peut poser en principe général, qu'une maladie épidémique séjourne d'autant plus longtemps dans une localité, toutes choses égales d'ailleurs, que cette maladie offre plus de gravité Une épidémie bénigne passe rapidement ; une plus mortelle s'arrête davantage. Il se présente des explications plus ou moins ingénieuses de ce phénomène, mais comme elles ne sont qu'hypothétiques, je ne m'y arrête point. Après la gravité relative d'une épidémie, il existe d'autres circonstances qui font varier la durée de son séjour ; elles dépendent de la localité même, de son exposition, de la manière dont les règles de l'hygiène publique y sont observées, etc., etc. Je ne crois point à l'acclimatement des maladies épidémiques. Une épidémie abandonne plus ou moins lentement une ville où elle a exercé ses ravages ; on a même souvent observé de véritables récidives. Mais elle l'abandonne enfin complètement. Les affections sporadiques qui lui ressemblent le plus en apparence, n'ont avec elle aucun lien de parenté. Je me bornerai à citer, pour exemple, ce que l'on appelle un *choléra sporadique*, et qui certainement n'est point la *même maladie, moins le génie épidémique*, que le choléra qui a décimé Paris en 1832.

Presque tous les auteurs ont écrit que la grippe s'était développée sous l'influence de variations très-marquées dans la température, dans l'état hygrométrique et barométrique de l'air, etc. On en a dit autant pour l'épidémie de 1833 ; cependant il existe de nombreuses

exceptions sous ce rapport. D'après M. Lombard, la grippe a regné à Genève sous l'influence d'une température douce et régulière (1). Les vicissitudes atmosphériques ne suffisent donc point pour expliquer les épidémies de grippe, ainsi que plusieurs médecins l'ont avancé. D'ailleurs, la grippe ne naît point en Europe; elle nous vient de contrées éloignées. Nous ne savons pas sous l'empire de quelles conditions atmosphériques elle prend naissance. Il est probable qu'il n'y avait que simple coïncidence entre l'invasion de la grippe et les vicissitudes atmosphériques qui ont été signalées par les auteurs.

Quoi qu'il en soit, la cause de la grippe et probablement de toute épidémie grave ou légère, paraît résider dans l'atmosphère, et nous en sommes enveloppés. Un fait d'observation, qui n'a point souffert d'exception pour la grippe, c'est que l'épidémie atteignait de préférence les personnes qui s'exposent aux vicissitudes atmosphériques. Et c'est, je crois, une loi des maladies épidémiques, qu'elles frappent dans une bien plus grande proportion les sujets qui ne peuvent point se garantir contre les influences extérieures.

L'épidémie de 1833, de même que toutes les autres, s'est propagée avec une grande rapidité à un nombre considérable d'individus. Cette instantanéité d'invasion est un des caractères des maladies épidémiques. Elle a atteint les divers sujets sans distinction d'âge, de sexe, de tempérament, etc. Dans les épidémies, les conditions individuelles n'influent guères que sur les complications, mais point ou très-peu sur le fond de la maladie.

Il a été facile de voir que l'épidémie de 1833 avait une grande ressemblance avec toutes les épidémies antérieures. La physionomie générale est la même dans chacune. C'est bien certainement la même maladie. Cependant, on se tromperait si l'on croyait trouver identité parfaite. La lecture attentive des descriptions que j'ai données, d'après un grand nombre d'auteurs contemporains et presque tous justement célèbres, fera reconnaître les nuances légères qui différencient ces épidémies. Pour éviter des répétitions, je me bornerai à rappeler ici, que l'épidémie de 1762 offrit des symptômes plus tranchés de phlegmasie que celle de 1743; que l'épidémie de 1743, et celle de 1775, offrirent souvent, vers le déclin de la maladie, de la démangeaison à la peau, des boutons, des érysipèles; que vers la fin de l'épidémie de 1830, on observa souvent des crampes dans les membres, phénomène qui avait été observé également en 1775; que l'épidémie de 1782 se présenta souvent, suivant Mertens, sous le type tierce, etc., etc. De même que ces épidémies, considérées d'une manière générale, sont séparées l'une de l'autre par des nuances plus ou moins importantes, de même dans ces épidémies, ainsi qu'on a pu s'en convaincre, les sujets atteints ont présenté un grand nombre de variétés; mais en général ces variétés dépendaient des conditions individuelles et surtout des complications.

Une dernière remarque sur les épidémies de grippe, remarque applicable à toutes les affections épidémiques, c'est que, dans un nombre immense de cas qui s'observent souvent au début des épidémies, c'est-à-dire, lorsque l'influence épidémique agit dans toute sa plénitude, ces maladies ne cèdent à aucun traitement, elles en sont à peine influencées. Leur durée et leur marche, même lorsqu'il n'y a aucune complication, ne sont point exactement les mêmes chez tous les sujets, parce qu'il faudrait que tous présentassent les mêmes conditions sous tous les rapports, ce qui est impossible; mais la maladie doit accomplir son cours. Le traitement ne peut que pallier certains symptômes; il peut surtout agir contre les complications; mais il est impuissant contre l'affection épidémique elle-même. Cette circonstance se réunit à beaucoup d'autres pour nous permettre de juger combien profondément l'organisme est modifié par l'influence épidémique.

Tout ce qui précède se trouve vérifié par la manière dont la grippe de 1833 s'est comportée à Paris. Elle s'est montrée en même temps sur tous les points de la capitale, et quelques jours seulement ont suffi pour qu'elle s'étendit au quart de la population. Bientôt ce n'était plus le quart, c'étaient les quatre cinquièmes (1). Les observations que j'ai rapportées me paraissent suffire pour faire connaître la maladie en elle-même. En effet, elle se présente là, chez des sujets jeunes, bien constitués; elle est le plus souvent sans complication. Mais ces observations deviennent tout-à-fait insuffisantes pour représenter la physionomie générale de l'épidémie au sein de notre capitale. Je dois donc y ajouter quelques mots.

Une proportion considérable de la population a subi l'influence épidémique à un degré très-peu élevé; les sujets atteints de cette manière, ne se considérant point comme malades, continuaient à vaquer à leurs occupations. Cependant on les reconnaissait à la toux, à l'enrouement; leur physionomie était altérée; ils éprouvaient un malaise général. D'autres individus, en moins grand nombre, furent frappés par l'épidémie assez fortement pour être forcés de recourir aux secours de la médecine; chez ces derniers, la maladie se présentait avec intensité, mais sans complications: tous ces cas se terminèrent heureusement. Enfin, chez d'autres malades, qui tiennent le second rang pour le nombre, la grippe se développa avec des degrés divers d'intensité; mais l'aspect de la maladie était considérablement modifié par les complications. De là, naquirent des variétés extrêmement nombreuses, qui, pour la plupart, durent leur principaux caractères à des affections des organes thoraciques. En général, quelle que dût être la complication, le début de la maladie était signalé par des symptômes généraux, tels que malaise, courbatures, douleurs dans les articulations, etc.

(1) *Gaz. méd.* 1833, p. 729.

(1) *Gaz. méd.* 1833, p. 377.

Ordinairement la fièvre précédait, tantôt de 24 heures, tantôt de deux jours, les symptômes d'irritation locale. Ajoutons, en terminant, que l'épidémie de 1833 a offert quelques phénomènes que n'avait point présentés celle de 1830. Dans cette dernière, en effet, les malades étaient en proie le plus souvent à un affaissement général, tandis qu'en 1833, la maladie se compliqua plus souvent de symptômes qui annonçaient une excitation nerveuse; la céphalalgie fut plus vive; on observa des tremblemens; le pouls était saccadé, etc. Ces symptômes persistèrent souvent après la cessation de l'affection locale (1).

Il est difficile de s'expliquer comment des pathologistes ont pu considérer la grippe comme une *inflammation aiguë* des bronches, et s'abuser au point de vouloir localiser cette maladie. La grippe épidémique est une maladie *sui generis*, caractérisée par les circonstances suivantes :

L'épidémie marche de l'Est à l'Ouest, s'arrête peu de temps dans chaque localité, envahit presque tous les pays, n'épargne presque personne, mais n'offre aucune gravité.

Elle débute par un trouble de l'innervation qui se révèle par une céphalalgie plus ou moins vive, le brisement des forces, les douleurs contuses des membres et un affaiblissement extraordinaire, eu égard au peu de gravité de la maladie; ce dernier symptôme persiste souvent après que les autres se sont dissipés.

La membrane muqueuse qui tapisse les voies respiratoires et digestives, est probablement le siége d'un engorgement inflammatoire plus ou moins étendu; c'est ce que portent à admettre les symptômes de coryza, souvent avec épistaxis, les symptômes de bronchite, l'anorexie, les nausées, la diarrhée, etc., et l'état des parties de cette membrane accessibles à la vue.

La toux peut cependant exister et même être intense, sans qu'il y ait une véritable bronchite. En effet, dans ces cas, à l'auscultation, la respiration est parfaitement pure, et l'expectoration ressemble, dès le début, à celle qui a lieu à la fin de la bronchite. D'un autre côté, la toux n'est point un symptôme qui se présente constamment dans la grippe.

Le pouls est, le plus généralement, fréquent, mais sans dureté. La saignée est souvent utile, mais il ne faut pas en abuser; il y a même des cas où l'on doit s'en abstenir. Le caillot sanguin offre rarement une couenne inflammatoire; je pense même que ceci n'a lieu que dans le cas de complication. La fièvre offre des exacerbations le soir et la nuit.

Enfin, ce qui est tout-à-fait caractéristique, c'est que la toux et l'affaiblissement persistent souvent longtemps après que tous les autres symptômes ont disparu.

(1) Aux six épidémies de grippe que j'ai citées, on peut ajouter celle de 1733, qui présenta les mêmes caractères généraux, parcourut également toute l'Europe de l'est à l'ouest, passa à la Nouvelle-Angleterre, et fut observée aux Barbades, à la Jamaïque, au Pérou, dans le Mexique, etc. (*Edinburgh medical Essays*, T. II.)

Nouvelles expériences sur la méthode éclectique de la variole, de M. Serres; par M. Gariel, interne à l'hôpital de la Pitié.

La variole n'est pas une maladie interne dont on doive favoriser l'éruption sous peine de graves accidens: c'est une maladie de la peau qui, lorsqu'elle est réduite à quelques pustules, guérit sans le concours d'aucun moyen, et qui ne devient grave que lorsque ces pustules sont confluentes. Tel est le résultat des belles recherches de M. Serres. Ce médecin regarde chaque pustule variolique comme un foyer, comme un centre d'inflammation. Empêcher donc le développement de ces pustules lorsqu'elles ne font encore qu'apparaître, ou provoquer leur avortement lorsqu'elles sont en suppuration; tel est le but qu'on doit se proposer. Pour y parvenir, différens moyens ont été employés; mais je ne crois pas qu'on ait encore porté l'attention sur l'action résolutive du plomb et du mercure dans cette maladie (1).

Depuis le commencement de l'année nous avons fait sur ce sujet quelques expériences dont je viens ici consigner les résultats.

J'ai écarté de ce cadre, comme peu probans, les cas de varioles discrètes, de varioloïdes, et je n'y ai fait entrer que huit observations, dont six de variole sémi-confluente et deux de variole confluente, les seules qui aient été soumises à notre examen.

Obs. Ire. — *Variole sémi-confluente.* — Favet, 25 ans, non vacciné. Prodrômes le 2 janvier 1835. Le 4, l'éruption variolique se manifeste. Le malade est entré à l'hôpital le 5, et est couché salle St.-Athanase, n° 34. — Les pustules sont ombiliquées; l'aréole qui les entoure est très-rouge.

Craignant de déterminer des accidens cérébraux en expérimentant d'abord sur la figure, et ne voulant que constater l'action du mercure sur les pustules varioliques, nous appliquâmes le jour même de l'entrée du malade, deuxième de l'éruption, à la partie interne de l'avant-bras gauche, un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, de la largeur de la paume de la main. Voulant aussi nous assurer si tout autre topique donnerait lieu aux mêmes résultats, nous couvrîmes la même partie de l'avant-bras droit d'un emplâtre de diachylon de la même grandeur.

Je ne décrirai pas la marche de la variole, qui fut très-régulière.

Le 13, huitième jour de l'application, il est bien évident qu'à l'avant-bras droit, où fut appliqué l'emplâtre de Vigo, les pustules sont moins nombreuses qu'à l'autre avant-bras; que celles qui existent sont avortées sans suppuration; que la desquamation y a lieu bien plus tôt que dans les pustules qui n'avaient pas été

(1) Zimmermann, dans le *Traité de l'Expérience*, cite quelques cas d'avortement des pustules varioliques par l'emplâtre de Vigo; mais personne, depuis lui, n'a songé à en retirer des avantages pratiques.

couvertes d'emplâtre de Vigo : que les pustules ne présentent aucune modification à l'avant-bras où fut appliqué le diachylon.

Le malade guérit très-bien, mais conserva à la face et sur le corps des ecchymoses sous-cutanées à l'endroit correspondant aux pustules, long-temps après que les parties situées sous l'emplâtre de Vigo furent lisses et de couleur naturelle.

Obs. IIe. — *Variole sémi-confluente.* — Bonnet, âgé de 15 ans. Non vacciné. Entré le 5 février 1835, salle Saint-Athanase, n° 9. Prodrômes le 29 janvier.— 1er février, éruption de quelques boutons de variole. Le 3 février, l'éruption est considérable à la face; les boutons commencent à s'y ombiliquer. A peine quelques boutons sur le corps.

Le soir même de l'arrivée du malade, troisième jour de l'éruption, application sur toute la figure et le front d'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, rendu presque liquide par l'addition d'huile d'olive, et l'exposition à une douce chaleur. (L'application simultanée de sinapismes aux extrémités inférieures.)

Jusqu'au 7 février, la variole marche régulièrement; il n'y a pas eu de céphalalgie. A cette époque, septième jour de l'éruption, quatrième de l'application du topique mercuriel, on enlève l'emplâtre de Vigo. Les pustules de la face et du front, quoiqu'ayant paru les premières, sont moins développées que celles du corps; il y a pourtant un peu de suppuration à leur centre (1). Leur circonférence est pâle. Les jours suivans, la cupule devient de moins en moins saillante; le liquide se résorbe graduellement. Bientôt la cupule, au lieu de présenter de la fluctuation, est transformée en une sorte de tubercule rougeâtre qui devient blanc par la pression, et qui disparaît chaque jour de plus en plus : dans ce cas, la desquamation semble avoir emporté les couches les plus superficielles de la cupule.

Obs. IIIe. — *Variole sémi-confluente.* — Constant, Louise, 16 ans. Entrée le 1er juin 1835, salle du Rosaire, n° 16. — Cette jeune fille ne porte pas de trace de vaccine, mais elle a eu, à l'âge de huit ans, une variole qu'elle dit avoir été confluente.

Elle fut prise le 29 mai dernier d'un frisson léger; ses règles, qu'elle avait alors, se supprimèrent immédiatement. Le 31, l'éruption se manifeste. — Le 1er juin elle entre à l'hôpital, le quatrième jour de la maladie, le deuxième de l'éruption. La variole eut un cours régulier : seulement je ferai remarquer, comme l'a observé M. Serres dans les leçons cliniques qu'il nous a faites cette année, que l'éruption, quoique sémi-confluente par l'effet d'une variole antécédente, avait tous les caractères d'une variole confluente. Ainsi les pustules étaient déprimées; elles étaient réunies en faisceaux de cinq ou six. Il y en avait dans la bouche, sur les conjonctives, ce qui est très-rare dans les varioles discrètes ou sémi-confluentes.

Le 7 juin, dixième jour de la maladie, huitième de l'éruption, j'appliquai sur les deux bras de la malade, du côté droit, un emplâtre de diachylon, du côté gauche un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, de la largeur de la paume de la main : nous choisîmes ce moment pour déterminer si, à une époque aussi éloignée de l'éruption, nous obtiendrions encore des résultats.

Le 9 juin, deuxième jour de l'application, les pustules situées sous les deux emplâtres offrent entre elles des différences bien tranchées : celles situées sous l'emplâtre de diachylon sont un peu flétries; leurs aréoles paraissent moins rouges, moins enflammées que celles des pustules du corps. Les pustules situées sous l'emplâtre de Vigo sont tout-à-fait avortées et réduites à quelques tubercules (1), auxquels l'emplâtre de Vigo a communiqué une couleur qui nous avait fait croire d'abord que les tubercules subissaient dans ce cas les phases de l'ecchymose.

La desquamation de ces tubercules se fit bien plus promptement que celles des pustules de la face et du reste du corps.

La malade est sortie quelques jours après de l'hôpital.

Obs. IVe. — *Variole sémi-confluente.* Bouchetti, Laurent, 22 ans. Traces peu évidentes de vaccine. Entré le 11 juin 1835, salle Saint-Athanase, N° 33. Prodrômes le 2 juin.

Le 7 juin, apparition à la face de quelques boutons varioliques. — Le 11 juin, jour de son entrée, quatrième de l'éruption, le corps, et surtout la face, sont couverts de pustules ombiliquées; le liquide est très-abondant, l'aréole inflammatoire est peu apparente. Quelques pustules blanches existent sur la voûte palatine et sur la face interne des deux lèvres. Les yeux paraissent être le point confluent des pustules; ils sont injectés. Les paupières sont rouges, gonflées. Le nez est œdématié.

Salivation assez abondante; déglutition difficile.

Ce même jour, quatrième de l'éruption, voulant mieux apprécier encore que dans la deuxième observation les nuances d'avortement des pustules soumises à l'expérimentation, je ne couvre d'emplâtre de Vigo *cum mercurio* que les deux joues du malade, laissant à découvert son front, ses lèvres et le bas de sa figure. Eh bien, dans ce cas, les pustules des joues avortèrent, s'éteignirent complètement, tandis que celles du reste de la face et du corps suivirent leur marche régulière. En effet, je retrouve dans mes notes que le cercle inflammatoire des pustules est plus rouge, que la face est un peu plus tuméfiée; qu'enfin quelques pustules nouvelles apparaissent, et suivent, elles aussi, leur marche

(1) L'avortement ne fut pas aussi complet que dans les autres cas, parce que, pendant la nuit, une grande partie de l'emplâtre, qui n'était pas maintenu par des linges et une solution gommeuse, comme je l'ai fait depuis, fut enlevée par les frottemens des joues du malade contre ses draps.

(1) Dans ce cas, l'avortement eut lieu plutôt que dans les autres; je crois qu'il en doit être ainsi chez les femmes, dont la peau est plus fine et plus délicate.

ordinaire; et pourtant, au milieu de cette fièvre générale, de ce développement de toutes les pustules non soumises à l'expérimentation, ce même jour, dis-je, vingt-quatre heures seulement après l'application de l'emplâtre de Vigo, il fut constaté, par les personnes qui suivaient la visite, que les pustules des joues étaient moins élevées que la veille; que l'aréole inflammatoire avait presque entièrement disparu, tandis qu'elle avait augmenté notablement dans les autres pustules de la face du corps. Les jours suivans, les mêmes phénomènes d'avortement se continuèrent; mais je dois dire ici de quelle manière l'avortement me sembla avoir lieu. La cupule, qui était pleine de pus à l'entrée du malade, quatrième jour de l'éruption, s'affaissa notablement par résorption du pus, car je ne pus constater l'existence d'aucune ouverture à la cupule; bientôt cette cupule, qui était élevée, et sous laquelle on voyait distinctement la couleur du pus, se réappliqua au corps muqueux. C'est alors que se manifesta le tubercule rouge qui remplace la cupule, tubercule qui est constitué par les cinq ou six petites granulations qu'on retrouve au fond de chaque pustule. Ce tubercule disparaît bientôt par résolution et sans formation de croûtes, et la peau ne conserve aucune trace de cicatrice. La desquamation, dans ces cas, fut insensible, en tant qu'elle ait existé, car je n'ai pu distinguer, à plusieurs reprises, l'exfoliation des lames même les plus superficielles de l'épiderme.

Le malade guérit très-bien, et sortit de l'hôpital, ses joues présentant à peine quelques petites taches roses, sans cicatrices, et son front et ses lèvres étant couvertes de pustules tuberculeuses en pleine desquamation.

Obs. V^e^. — *Variole sémi-confluente.* — Peyerlé, 29 ans, portant des traces très-légitimes de vaccine. Entré le 3 juin 1835, salle Saint-Antoine, n° 27, pour une angine œdémateuse et inflammatoire du voile du palais.

Cet homme était presque convalescent de la maladie pour laquelle il était entré à l'hôpital, lorsque, le 14 juin, quelques boutons de variole se manifestèrent sur la face et sur le corps. Il n'est peut-être pas sans intérêt de remarquer que ce malade, quoique vacciné, fut atteint trois jours après l'arrivée d'un variolé dans la salle. (Obs. 4e.)

Le sixième jour de l'éruption, au moment où les pustules étaient pleines de liquide, où l'aréole inflammatoire était le plus développée, le plus nettement circonscrite, où le pouls battait avec force, où la figure était œdématiée, où la respiration et la déglutition étaient devenues très-difficiles par le retour de l'angine, nous appliquâmes sur le bras droit du malade un emplâtre de diachylon, sur le bras gauche un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, comme nous l'avions déjà fait (obs. 3e); en même temps nous fîmes sur le cou des frictions d'onguent napolitain, utiles au malade pour modifier l'état inflammatoire du voile du palais et des amygdales; elles devaient en même temps nous servir à constater la différence d'action des deux préparations mercurielles sur les pustules varioliques.

Le lendemain, nous découvrîmes les deux emplâtres : les pustules situées sous l'emplâtre de diachylon n'avaient subi aucune modification : une seule pustule que la veille j'avais remarquée être très-grosse et très-bombée, était un peu aplatie et plissée, probablement par la pression qu'exerçait sur elle l'emplâtre de diachylon; c'est la même cause qui, je crois, détermina un commencement d'avortement dans la même circonstance (obs. 3e). Les pustules que recouvrait l'emplâtre de Vigo étaient pâles, presque sans aréole; le liquide avait en grande partie disparu. Nous réappliquâmes les emplâtres, et la modification des pustules, déjà très-sensible le premier jour, le devint bien davantage les jours suivans. Au bout du troisième jour, les pustules étaient réduites au tubercule que j'ai déjà décrit, et sur lequel je ne reviendrai pas. Dans ce cas, l'exfoliation, la desquamation de l'épiderme furent très-manifestes. Quant aux pustules de la partie inférieure de la face et du cou, pustules qui avaient été en contact avec l'onguent napolitain, il fut facile de constater qu'elles avaient été puissamment modifiées. Mais la longueur qu'avait acquise la barbe du malade, ne nous permit pas de bien étudier dans quel rapport l'avortement avait eu lieu.

Le 1er juillet, il n'y a plus de traces de tubercules aux endroits où ont été appliqués l'emplâtre de Vigo et l'onguent napolitain, et cependant tout le corps et la figure sont couverts de pustules tuberculeuses dont la desquamation ne fait que commencer.

Obs. VIe. — *Variole sémi-confluente.* — Collot, Clément, 35 ans. Non vacciné. Prodrômes le 13 ou 14 juillet. Saigné le 16 et le 17. Entré le 18, salle Saint-Athanase, n° 4.

Dans la journée du 17, apparitions de quelques boutons. — Le 19, ils sont développés et peu nombreux, excepté à la face où ils sont et plus gros et plus confluens. Céphalalgie depuis le commencement de la maladie.

Le lendemain de l'entrée, application sur les deux joues d'emplâtres de Vigo *cum mercurio*, maintenus avec une solution de gomme concentrée. — Le 20, la céphalalgie a disparu, sans avoir besoin de recourir aux sangsues ni aux sinapismes. — Le 24, on enlève les emplâtres après cinq jours d'application. A l'exception de trois pustules qui ne sont que flétries, toutes sont réduites à un tubercule. Les autres pustules de la face et du corps sont en pleine suppuration. — Le 28, toutes les pustules qui entourent l'emplâtre de Vigo, sont couvertes des croûtes épaisses, dures. Quant aux tubercules des joues, leur rougeur est la même au centre qu'aux bords : la desquamation n'a pas commencé. — 8 août, la plupart des croûtes de la face sont tombées : elles laissent à découvert des cicatrices plus ou moins profondes, surtout au front : ces cicatrices sont d'un rouge foncé. Les tubercules des joues sont moins saillans; la desquamation y est presqu'insensible. Je dois ajouter que dans l'épaisseur de la barbe il y a quelques pustules qui se sont terminées spontanément par tubercules, et qui ne donnent point lieu à des cicatrices.

Le malade sort le 10 août.

Obs. VIIe. — *Variole confluente.* — Daller, Charles. 16 ans. Il a été vacciné, mais le vaccin n'a pas pris. Il a eu la petite-vérole à dix-huit mois ; elle ne laissa aucune trace. Entré le 15 juillet 1835, salle Saint-Athanase, n° 1. Prodrômes le 9 juillet. Le 11, apparition des premiers boutons varioliques.

Le jour de l'entrée, quatrième de l'éruption, les boutons son déprimés, confluens, même sur le corps, réunis par 3, 4, 5, non ombiliqués.

Ce même jour, l'on applique sur chaque joue un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, d'un pouce et demi de diamètre, de manière à laisser à découvert le bas de la figure, les lèvres inférieure et supérieure, le nez, et la partie correspondant au muscle masséter. En procédant ainsi, je devais avoir une ligne de démarcation bien tranchée, bien nette, aux bords de l'emplâtre. En même temps j'applique sur le bras droit un emplâtre de litharge en poudre unie à l'axonge ; sur le bras gauche, un emplâtre de charbon porphyrisé, uni à l'axonge ; sur la cuisse droite (à la partie interne), une solution gommeuse concentrée, recouverte d'une compresse et d'une bande ; sur la cuisse gauche, un emplâtre de Vigo *cum mercurio*. Ces emplâtres, tous de la largeur de la paume de la main (à l'exception de ceux des joues), furent disposés sur un linge, et maintenus en place par une solution gommeuse concentrée.

Pendant la nuit qui suivit cette application, l'emplâtre de la joue gauche se détacha, et ne fut plus replacé : il ne resta donc appliqué que quatorze ou quinze heures. L'emplâtre de la joue droite tomba également le 18, trois jours après l'application. Enfin le 19, quatre jours après l'application, nous procédâmes à l'enlèvement de tous les emplâtres ; et voici ce que nous observâmes : sous l'emplâtre de charbon porphyrisé, les pustules, au premier coup-d'œil, semblaient avortées, parce que le liquide contenu dans les capules s'était en partie écoulé par l'effet des frictions énergiques qu'on fut obligé de faire pour mettre la peau à découvert : cela était évident, car le fond des cupules saignait encore ; mais en examinant avec attention, l'on voyait que la base de la cupule était aussi large qu'ailleurs, que l'aréole n'avait point pâli. Sous l'emplâtre de litharge, il y avait un avortement manifeste ; car non-seulement les cupules persistantes étaient transformées en tubercules, mais encore le plus grand nombre avait disparu, de telle sorte qu'il n'y en avait que quinze ou seize, tandis que, sur une surface d'égale dimension, à côté de l'emplâtre, les cupules encore pleines de pus étaient innombrables. Un fait encore à remarquer, c'est que sous l'emplâtre tous les tubercules étaient isolés, tandis qu'ailleurs les cupules étaient confluentes et réunies par leurs bases. Sous la solution gommeuse concentrée de la cuisse droite, il n'y eut aucun effet de produit : le nombre des pustules était absolument le même que celui des pustules des parties environnantes. Sous l'emplâtre de Vigo, à la cuisse gauche, il n'y a que dix-sept tubercules et cinq pustules qui contiennent encore un peu de pus. Sur une surface d'égale dimension prise au hasard auprès de cet emplâtre, le nombre des pustules s'élève à plus de 100. La solution gommeuse qui maintenait tous ces emplâtres, et qui existait dans l'étendue d'un demi-pouce autour de chacun d'eux, n'avait fait éprouver aux pustules aucune modification.

Le 21 juillet, dixième jour de l'éruption, pendant que les pustules sont en pleine suppuration, l'on applique, sur la face dorsale de la main gauche, un emplâtre de Vigo. — Le 27 juillet, cet emplâtre fut levé : les pustules y étaient affaissées ; le liquide avait diminué, mais non disparu : en un mot, il n'y avait qu'une modification, et non un avortement des pustules dont l'aspect cependant tranchait avec celui des pustules environnantes.

Le 7 août, toutes les pustules du corps et de la face sont desséchées ; celles du front, du nez laissent des cicatrices très-apparentes, inégales. Deux ou trois tubercules, à peine saillans sous le doigt, existent de chaque côté là où fut appliqué l'emplâtre de Vigo. A la partie du bras correspondant à l'emplâtre de litharge, il n'y a pas de trace de cicatrice ni même de tubercule, et toutes les pustules environnantes entrent à peine en desquamation. La partie où fut appliqué le charbon est couverte de croûtes, probablement à cause des déchirures qu'occasionèrent les frictions. Sur la partie de la cuisse où fut appliqué l'emplâtre de Vigo, il ne reste plus qu'une couleur verdâtre, uniforme, dépendant de la couleur de l'emplâtre. Aucune modification n'est survenue dans la partie occupée par la solution gommeuse.

A la face dorsale de la main gauche, sur laquelle l'emplâtre de Vigo fut appliqué le 12 juillet, il n'y a plus de croûtes, plus de rougeur, tandis qu'à la partie inférieure de l'avant-bras et sur les doigts, il existe encore des croûtes, et la desquamation est loin d'être achevée.

Le traitement curatif fut très-simple ; on ne fut obligé de recourir ni aux sangsues ni aux sinapismes, comme dérivatifs.

Obs. VIIIe. — *Variole confluente.* — Odiard (Alexandre), âgé de 24 ans, non vacciné, prodrômes le 25 juillet. Apparition des premiers boutons le 27. Entré le 29, salle Saint-Athanase, n° 3. Le jour de l'entrée, troisième de l'éruption, les cupules sont encore petites, font à peine saillie au-dessus de l'épiderme : elles sont toutes ombiliquées et entourées d'une aréole inflammatoire très-large. Sur le corps, elles sont presque toutes isolées ; mais sur la figure et au front, la plupart sont réunies par leurs bases. Ce jour même, encouragé par le succès obtenu avec la litharge en poudre dans l'observation précédente, et voulant mettre en opposition cette substance avec l'emplâtre de Vigo, je taillai deux compresses de telle façon que chacune recouvrit la moitié de la figure, à l'exception du front et de la lèvre supérieure seulement ; je les enduisis, l'une de litharge, l'autre d'emplâtre de Vigo, et je les appliquai sur la figure, en soudant leurs bords avec une solution gommeuse. Ces deux compresses se réunissaient sur le milieu du nez et de la lèvre inférieure. Aucun accident n'eut lieu. — Le 4 août, sept jours après l'application,

l'on enlève les emplâtres : sous celui de Vigo, les pustules sont avortées, quelques-unes cependant paraissent avoir suppuré; car une couche de pus assez épais recouvre la partie déclive de la figure; en délayant ce pus et le faisant disparaître, l'on voit distinctement les tubercules, à l'exception de quelques pustules qui ont suppuré autour de la bouche : il faut dire que la solution gommeuse se détacha dans cet endroit, à cause des mouvemens fréquens que le malade était obligé de faire pour boire. Sous l'emplâtre de litharge, l'épiderme est soulevé en grande partie. L'avortement est plus complet encore que du côté opposé, excepté auprès de la bouche; là les pustules ont suivi leur marche habituelle pour la même raison que je viens d'indiquer. Les pustules du front et de la lèvre supérieure sont fort développées.

7 août : croûtes mieilleuses presque sèches, très-épaisses aux parties que je viens d'indiquer : sous l'emplâtre de Vigo, l'avortement est complet, à l'exception de quatre pustules; les tubercules sont pâles, de la même couleur que la peau, à peine saillans. Sous l'emplâtre de litharge, l'épiderme s'est fendillé, et ses débris donnent lieu à des surfaces de différentes grandeurs, comme dans la desquamation de l'érysipèle. Il s'est racorni; car entre chaque débris existent des sillons sinueux, au-dessous desquels l'on voit la peau blanche sans trace de tubercules. Ces débris d'épiderme tiennent encore par leur centre à la peau au moyen d'un liquide incolore. L'on ne s'aperçoit du lieu de leur adhérence qu'en voulant enlever l'épiderme; car à la vue seule il est impossible de dire dans quel lieu l'adhérence existe encore.

Une seule pustule a échappé à cet avortement complet, et c'est auprès de la bouche où l'emplâtre s'est décollé.

Quoique dans cette observation, toutes les pustules de la face aient avorté, il n'y a pas eu le moindre accident; et certes si une résorption funeste était à craindre, c'était bien dans ce cas, où toutes les pustules de la face, à l'exception de celles du front, furent arrêtées dans leur développement.

De ces observations, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, et la litharge en poudre unie à l'axonge, font à coup sûr avorter les pustules varioliques; que c'est à leur action résolutive qu'est dû cet avortement (1);

2° Que le diachylon (2), le charbon porphyrisé, les solutions gommeuses, etc., ne donnent lieu à aucun phénomène d'avortement;

3° Que l'avortement a lieu, non-seulement quand les pustules viennent de paraître, mais encore quand elles sont en pleine suppuration. (Obs. 3, 5 et 7.)

4° Que cet avortement a lieu d'une tout autre façon que dans la varioloïde Dans la varioloïde, en effet, l'on appelle avortement le prompt desséchement de la pustule, tandis que, dans l'avortement obtenu avec l'emplâtre de Vigo et la litharge en poudre, la cupule ne s'ouvre pas; le pus variolique ne se fait pas jour au dehors; il est réellement résorbé : condition qui rend impossible la formation de cicatrices;

5° Que cette résorption de pus n'amène aucun des accidens auxquels, théoriquement, avant les travaux de M. Serres, l'on aurait pu s'attendre; qu'au contraire, l'avortement des pustules rend la maladie moins grave, puisqu'il diminue le nombre des pustules, et qu'en définitive, c'est dans ce nombre que consiste la gravité de la maladie (1).

Voilà des faits qui, rapprochés de ceux de la méthode ectrotique de M. Serres, à laquelle on n'a reproché que la difficulté de son application, semblent mériter l'attention des praticiens : ils sont peu nombreux, il est vrai, mais concluans par la conformité de leurs résultats. Je promets bien de continuer ces recherches, et si je me suis décidé à publier ce commencement d'expérimentations, c'est pour que la question, si elle est jugée intéressante, soit étudiée en même temps par d'autres que par nous, et que d'une masse de faits dérivent plus promptement des résultats positifs.

(1) Ce qui le prouve clairement, c'est qu'il a suffi dans trois cas (Obs. 3e, 4e et 7e), de moins de vingt-quatre heures pour que l'emplâtre de Vigo déterminât l'avortement. Si la soustraction au contact de l'air était la cause de cet avortement, il est évident que lorsque les surfaces soumises à l'expérimentation furent découvertes, au bout de vingt-quatre heures elles devaient recommencer à pustuler, ce qui n'eut jamais lieu.

(2) Nous avons dit à quelle cause nous attribuions le commencement de flétrissure observé sur quelques pustules seulement. (Obs. 3e et 5e.)

(1) Il n'est pas douteux que si l'on faisait avorter sur un individu toutes les pustules de la face et du corps, la variole deviendrait très-simple. Jusqu'ici nous n'avons provoqué que l'avortement des pustules de la face, et nous n'avons jamais eu d'accidens de la part des pustules du corps; cependant, dans le premier cas de variole qui se présentera, nous couvrirons de litharge et d'emplâtre de Vigo la plus grande partie du corps possible.

REVUE.

Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement; passage du fœtus dans la cavité abdominale; opération césarienne suivie de succès; par le docteur Molitor, de Salem.

Mme H., âgée de 37 ans, ayant de l'embonpoint, d'apparence vive, de tempérament sanguin-nerveux, habituée à mener une vie sédentaire, avait souffert depuis l'âge de trois ans jusqu'à l'âge de 17 ans, d'une carie de la partie supérieure de la cuisse et probablement du bassin et de la colonne vertébrale; pendant ce long espace de temps, plusieurs abcès très-opiniâtres s'étaient formés aux parois abdominales. Elle avait conservé une

claudication et une déformation du bassin, qui était tellement applati que le diamètre antéro-postérieur n'avait pas plus de deux pouces trois quarts. En 1828, elle fut délivrée d'un premier enfant, avec un grand danger pour ses jours, au moyen de la crâniotomie.

En 1830, devenue enceinte pour la seconde fois, elle ne voulut pas se prêter à l'accouchement prématuré artificiel que le docteur Molitor lui proposa. Le 13 janvier 1831, parurent les premières douleurs, qui augmentèrent subitement de force et de fréquence; l'orifice de l'utérus situé postérieurement et en haut, était dilaté régulièrement. A l'aide de l'exploration, on reconnut la tête du fœtus mobile dans la cavité pelvienne. Les douleurs augmentaient régulièrement; après 12 heures de douleurs continues, celles-ci cessèrent subitement. La malade éprouva une sensation comme si elle eût été blessée par un poignard à la partie gauche du ventre; cette région perdit la rondeur qu'elle avait eu jusque là, se redressa et offrit à gauche une dureté inégale; la malade ne pouvait pas supporter l'attitude horizontale, quelques gouttes de sang s'écoulaient des parties génitales. Le toucher fut pratiqué immédiatement, on ne trouva plus la poche des eaux qui faisait saillie dans le vagin, ni la partie que présentait le fœtus, mais on trouva à la place plusieurs tumeurs molles dont on ne reconnut pas la nature, excepté une qui parut formée par une portion de placenta engagé dans l'orifice utérin. Cependant la malade ne présentant aucun symptôme alarmant on attendit patiemment la marche ultérieure du travail de l'enfantement. Le 14 janvier, un troisième accoucheur appelé trouva la malade dans le même état; seulement il crut sentir la poche des eaux qu'il ouvrit sans qu'il en sortît rien. C'est alors que le docteur Molitor vit la malade: elle était couchée sur le côté gauche, le tronc élevé, la figure animée sans coloration extraordinaire, la peau chaude et couverte de sueur, la respiration un peu accélérée, le pouls petit et faible de 85 à 90 pulsations; le ventre était plus petit et manifestement plus élevé que dans les derniers mois de la grossesse. Un peu au-dessus de l'ombilic et du côté droit on observait quelques saillies peu considérables que le docteur Molitor prit pour les fesses et les extrémités du fœtus; la partie gauche du ventre était plus molle, mais douloureuse à une forte pression: la malade pouvait se coucher sur les deux côtés, mais mieux sur le côté droit; le ventre se grossissait considérablement du côté où elle était couchée. Le décubitus horizontal était impossible lors même que la tête et la poitrine étaient très-élevées; à chaque mouvement qu'elle faisait elle ressentait des douleurs poignantes, brûlantes, dans le côté gauche; et en même temps, il se faisait un écoulement sanguin par la vulve et une émission involontaire d'urine. L'exploration des parties génitales, difficile et douloureuse pour la malade, à cause de l'étroitesse du bassin, donna les renseignemens suivans: les parties externes et le vagin étaient enflammés et tuméfiés, mais humides; au détroit supérieur on trouvait la substance qui avait été considérée comme une portion de placenta, descendant dans le vagin par son bord convexe, de la longueur de six pouces environ, de la grosseur d'un pouce, d'une consistance charnue, polie à ses deux faces.

A la partie moyenne du bassin étaient plusieurs parties membraneuses, lisses et élastiques que l'on reconnut bientôt pour être des anses intestinales qui furent refoulées facilement par la main poussée plus avant; la main se trouva alors dans la cavité abdominale, et, avec le doigt médian, on pouvait toucher la paroi antérieure de cette cavité, à deux pouces au-dessous de la dernière côte, mais on ne put encore découvrir aucune portion du fœtus. Pendant cette exploration la malade n'accusait pas une douleur très-vive.

Dans l'intention d'explorer la déchirure de l'utérus, le docteur Molitor, se dirigeant sur le corps qu'on avait considéré comme le placenta, arriva à une fente longitudinale, correspondant au côté gauche du bassin, qui se contractait sous l'influence des doigts. Il n'était pas douteux que son exploration portait sur les bords de la plaie, qui traversant inférieurement l'orifice de l'utérus, s'étendait jusqu'au fond du vagin. L'utérus était déjà en grande partie contracté et vidé de son contenu.

Le diagnostic n'était plus douteux: il y avait rupture de l'utérus. Cette déchirure avait donné passage au fœtus avec le placenta et les membranes dans la cavité abdominale. Dès le moment où l'utérus se déchira, le fœtus ne fit plus sentir aucun mouvement et il était certainement mort. L'état de la mère était assez satisfaisant et donnait quelque espérance de la conserver.

On ne pouvait penser à retirer le fœtus au travers de la déchirure, par les voies naturelles, à cause de l'étroitesse du bassin; le docteur Molitor ne pouvait se résoudre à abandonner cette femme aux ressources de la nature, dans l'attente que le sang et les eaux épanchées dans l'abdomen seraient rejetés, et que le fœtus putréfié sortirait par le moyen d'une suppuration, ou bien que le fœtus se momifierait, ce qui arrive quelquefois dans le cas de grossesse extra-utérine primitive, mais non dans les cas semblables au présent. Il ne restait donc qu'un moyen de salut pour cette femme, l'opération césarienne, qui fut exécutée vingt-trois heures après la rupture.

Le docteur Molitor se détermina à faire l'incision sur la ligne blanche; mais avant de pratiquer celle-ci, il fit coucher la malade sur le côté gauche pendant quelque temps afin de ramener le fœtus dans le milieu de l'abdomen; l'incision fut dirigée depuis l'ombilic jusqu'à un pouce au-dessus de la symphyse, intéressa tous les tégumens jusqu'au péritoine qui resta intact: celui-ci fut ensuite ouvert avec précaution à la partie inférieure de la plaie, et cette ouverture fut dilatée convenablement. Ni les intestins, ni l'épiploon ne se présentèrent dans la plaie, mais il y parut une espèce de poche de couleur verte-azurée, sombre, donnant au toucher la sensation d'une membrane mince renfermant un liquide. A travers cette poche on pouvait clairement distinguer, surtout à la partie inférieure de la plaie, les parties solides du fœtus. Cette poche fut ouverte

dans une étendue d'un tiers de pouce, et il en sortit environ une livre et demie d'eau amniotique de couleur vert-azurée, sans fétidité. Afin que ce liquide ne se répandît pas dans la cavité abdominale, un aide exerça une compression graduée sur les parties latérales du ventre. Lorsque ces eaux furent entièrement écoulées, on ouvrit complétement les membranes de l'œuf, et le fœtus se présenta comme dans une position du dos et de l'épaule droite, à la partie inférieure de l'incision, de sorte que le fœtus était situé comme dans la première position du vertex, la face tournée en arrière et à droite; il ne fut pas difficile, au moyen d'une petite dilatation de la plaie, d'en faire la version et de l'extraire par les pieds. Le placenta était libre dans la cavité abdominale, et il fut extrait par la plaie en même temps que les membranes; tout cela fut fait avec la plus grande précaution, on s'opposant à l'entrée de l'air et du sang dans la cavité péritonéale, ainsi qu'à la sortie des viscères. L'hémorrhagie fut si peu abondante, qu'elle n'interrompit pas un seul instant le cours de l'opération; on n'eut pas besoin de lier un seul vaisseau.

L'incision, qui avait été pratiquée dans l'étendue de sept pouces, n'en avait plus quatre et demi, lorsque les parois du ventre furent revenues sur elles-mêmes; la plaie fut fermée aussitôt à l'aide de trois points de suture, en évitant de comprendre le péritoine. On appliqua en outre des bandelettes agglutinatives, laissant toutefois l'angle inférieur de la plaie ouverte; un bandage de corps qui avait été placé d'avance fut serré modérément est fixé sur le ventre.

Toute l'opération ne dura pas plus de cinq minutes; la femme la supporta avec courage et sans donner presque aucun signe de douleur. Le fœtus, du sexe féminin, était à terme et bien conformé, et pesait sept à huit livres, il était mort. Après l'opération, la malade se trouva considérablement soulagée; la respiration, d'abord difficile et accélérée, devint plus libre et plus tranquille; le pouls se releva; il cessa d'être fréquent et petit, et donna 80 battemens à la minute; la soif ardente s'apaisa, le ventre ne fut le siége d'aucune douleur, mais la malade éprouvait seulement une légère tendance au vomissement, qui céda sous l'influence d'une simple infusion de camomille avec la liqueur anodine d'Hoffmann. En conséquence, on abandonna tout à la nature, et l'on se borna à prescrire une émulsion de semence de pavot, à laquelle on devait ajouter quelques gouttes de teinture d'opium et de liqueur anodine, dans le cas où les efforts de vomissemens ou d'autres symptômes nerveux se manifesteraient; on recommanda en outre à la malade de rester couchée sur le dos.

Dans la journée, il ne survint aucun accident extraordinaire; mais dans la soirée la chaleur augmenta, le pouls devint plus fort, et la malade cessa d'être tranquille. Même état pendant la nuit, et apparition des phénomènes suivans: hoquet, efforts pour vomir, douleur du ventre et météorisme; les lochies n'étaient plus sanguines, et de l'angle inférieur de la plaie abdominale s'écoulait une sérosité sanguinolente. L'administration de la teinture thébaïque, et les fomentations de vin aromatique sur le ventre, firent disparaître les hoquets et l'envie de vomir. Les forces de la malade étaient abattues, et il n'était pas nécessaire de diriger des moyens contre l'inflammation du ventre, inflammation qui, jusqu'à un certain point, était nécessaire à la guérison; il s'agissait de ranimer le système nerveux abdominal du ventre, et de favoriser les évacuations critiques. On administra une infusion de racine de valériane avec l'acétate d'ammoniaque et l'éther acétique, et toutes les trois heures un grain de calomel avec un sixième de grain d'opium; on appliqua des fomentations aromatiques sur le ventre. La fièvre devint très-intense vers le soir, mais diminua dans la matinée. Au quatrième jour, amélioration, fièvre très-légère, lochies très-abondantes, purulentes, et de mauvaise odeur. Au septième jour de l'opération, on ôta le point inférieur de la suture, et la cicatrisation fut complète au neuvième jour. La malade commençait à dormir plus tranquillement; son ventre était plus rétréci, mou et sans douleur au toucher, excepté au côté droit. On fit suspendre tout traitement, excepté le calomel et l'opium. Le douzième jour, se présentèrent quelques phénomènes d'inflammation au foie. Le dix-septième jour de l'opération, la malade quitta le lit; les lochies s'écoulèrent pendant quatre semaines; la plaie était parfaitement guérie la cinquième semaine, et la malade reprit ses occupations. Un mois après cette dernière époque, la menstruation se rétablit. (*Allgem. Med. Zeitung*, N° 71, 1833).

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

AOUT 1835.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

Mémoire sur l'efficacité du chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes, présenté à l'académie des sciences pour le concours du prix Monthyon, par F.-A. Lalesque fils, D. M. P., Médecin attaché à la compagnie de canalisation et de colonisation des Landes, de Bordeaux, membre de plusieurs sociétés savantes.

Si l'on jugeait de la valeur des moyens thérapeutiques enregistrés contre une maladie par leur nombre, il est peu d'affections qui fussent aussi bien dotées, sous ce rapport, que le sont les fièvres intermittentes. Car, depuis les fluides impondérables jusqu'à la matière inerte; depuis le musc jusqu'à la toile d'araignée; depuis le saule et le houx de nos forêts jusqu'aux rubiacées du Nouveau-Monde, toute la création semble s'être étudiée à devenir tributaire de ces affections. Cependant, au milieu de la plupart de ces nombreux produits dirigés contre les fièvres intermittentes, quelques substances ont seules soutenu la réputation qu'on leur a dévolue. Vraiment médicatrices, elles ont traversé les âges et figureront dans les archives de la science, tant que les pyrexies périodiques ne disparaîtront pas de la surface du globe.

Ces substances assez peu nombreuses sont la saignée, les vomitifs, les purgatifs, les préparations stibio-opiacées, le quinquina, le houx, que M. Rousseau tira de l'oubli dans lequel il était tombé depuis Durande, Villars, Andrew-Duncan, etc., et dont on vient d'extraire tout récemment le principe actif auquel on a donné le nom d'illicine; l'écorce du saule, dont la chimie a retiré l'alcali végétal, connu sous la dénomination de salicine; enfin, le principe amer de l'olivier d'Europe, que MM Bidault et Pallas ont présenté naguère comme un moyen efficace avec lequel ils ont combattu d'une manière avantageuse les fièvres dont nous nous occupons.

Mais, de ces divers moyens, proposés contre les pyrexies intermittentes, un seul domine les autres et s'est attiré la qualification de médicament *héroïque*, par les vertus énergiques et constantes qu'on a trouvées en lui : c'est le *quinquina*, dont l'analyse chimique a retiré des alcalis et formé des sels dont les propriétés ne sont pas équivoques. Introduit dans la matière médicale des fièvres d'accès depuis 1640, il a, malgré ses détracteurs, traversé tout-à-l'heure deux siècles, sans que sa renommée, cent fois attaquée, ait perdu quelque chose de son éclat. A quoi peut donc tenir, dans la pharmacopée des fièvres intermittentes, l'introduction du nombre considérable des moyens qu'on a dirigés contre ces maladies?

Deux puissantes considérations expliquent cette espèce d'anomalie. La première, c'est le prix élevé du quinquina; la deuxième, c'est la pénurie de cette substance dans les temps de guerre maritime.

La première de ces considérations a d'autant plus de valeur, que les fièvres intermittentes qui réclament généralement l'usage du quinquina n'attaquent d'habitude que la malheureuse population des contrées les plus misérables, celle où l'on rencontre le plus de marais, le plus d'eau stagnante, et par conséquent celles qui présentent à l'agriculture, à l'industrie et au commerce ces trois mamelles de la France, selon l'expression de Sully, le moins de produits à manipuler, le moins d'argent en circulation. Il faut avoir vu de ses yeux la misère dans tout son dénuement et toute son horreur, pour sentir toute la nécessité de trouver au quinquina un succédané qui puisse offrir à l'indigence laborieuse au moyen curatif dont le prix n'exige pas l'émission de sa dernière obole si péniblement économisée, tout en lui promettant néanmoins une sécurité plausible contre la maladie dont elle est le plus souvent affectée.

La seconde considération non moins puissante que la première et dont les conséquences sont encore plus pénibles aux yeux de la philanthropie que celles dans lesquelles nous venons d'entrer, est l'existence d'une guerre maritime abolissant toute communication entre la terre natale des quinquinas et les rivages de l'Europe. Nous ne sommes pas encore fort éloignés de l'époque où de semblables malheurs nous ont coûté bien des regrets. Placées alors entre la cruelle alternative de la maladie qui réclame un remède et de l'indigence qui ne permet pas de l'acquérir, les populations soumises aux fièvres périodiques ont tourné des mains suppliantes vers notre science consolatrice. Alors des efforts furent tentés pour répondre à ces touchantes prières du malheur. Dans ces pénibles conjonctures, on chercha encore parmi les productions indigènes quelque substance qui pût remplacer celle dont le prix dépassait la portée de bien des fortunes. A cette époque, les feuilles du houx, l'écorce du saule, du marronier d'Inde, du cerisier, du chêne, etc., etc., offrirent des succès assez

considérables. Cependant, moins fidèles dans leurs effets que l'écorce du Pérou devenue assez commune et moins coûteuse depuis que la paix a rompu les chaînes du commerce, ces moyens ont été délaissés. Les alcalis végétaux, provenant du saule et du houx, ont seuls conservé quelque crédit dans cet oubli général des succédanés de quinquina, tant parce qu'ils sont les seuls sur lesquels on soit revenu, qu'à cause du degré de confiance qu'ils méritent.

Quoi qu'il en soit de leurs vertus fébrifuges, une partie des difficultés que présente l'usage général des principes immédiats du quinquina se présente aussi pour les alcalis végétaux découverts dans le saule et le houx. Obtenus par des opérations chimiques qui exigent l'emploi de substances assez coûteuses, les alcaloïdes du saule et du houx peuvent être, il est vrai, livrés au commerce à des prix moins élevés que le quina, mais ils laissent désirer encore quelque chose de plus économique dans l'intérêt de la classe ouvrière. Ainsi, dans le cas où quelque substance qui possédât des vertus aussi positives que celles dont nous venons de parler, présenterait l'avantage de pouvoir être livrée au plus bas prix possible, il nous semble que cette substance mériterait d'être connue et même expérimentée sur une grande échelle, afin de pouvoir l'administrer avec toute la confiance possible, dans les cas où les pyrexies périodiques nécessitent l'emploi des moyens fébrifuges dont nous venons de parler.

Cette substance si désirée jusqu'à ce jour, nous espérons l'avoir rencontrée dans le chlorure d'oxide de sodium. En 1833, nous publiâmes le premier fait qui ait paru dans les annales de la science sur cette nouvelle application des chlorures. L'observation dans laquelle nous avons enregistré l'extension donnée à ces produits, est consignée dans le numéro 12 du Bulletin médical de Bordeaux et dans le numéro 4 (deuxième année) du journal de la société des sciences physiques, chimiques et arts industriels et agricoles de Paris, avril 1834. Nous engageâmes alors les praticiens, qui exercent sur le théâtre des fièvres intermittentes, à nous aider dans les recherches que nous commencions. Notre intention à nous-mêmes était de continuer avec persévérance les recherches que nous avions commencées ; mais des circonstances malheureuses, indépendantes de notre volonté, nous en ont empêché jusqu'à l'année dernière, où nous avons pu reprendre le fil de nos expérimentations. Cependant personne n'a répondu à l'appel que nous fîmes à l'époque, à moins que nous ne prenions comme une réponse ce que M *Munaret* inséra dans la Gazette médicale du mois de juin 1834. Dans ce numéro, M. Munaret réclame sur nous la priorité de la découverte. Il ne serait pas impossible que M. Munaret eût expérimenté les chlorures en même temps que nous. Mais il serait (1) aussi très-possible que cette réclamation fût la preuve que notre méthode a reçu la sanction de l'expérience entre des mains qui ne sont pas les nôtres. Nous aimons à croire que la priorité en matière scientifique appartient à celui qui, le premier, a publié des résultats sur un sujet jusqu'alors inconnu.

Ainsi donc, comme l'apprend le titre de ce mémoire et ce qui vient d'être exposé, c'est dans le chlorure d'oxide de sodium que nous avons rencontré le succédané des sels de quinine et des alcaloïdes du houx et du saule. Les observations qu'on va lire établissent à nos yeux, ce nous semble, de la part de cette substance, des guérisons de fièvres intermittentes à types variés, dans lesquelles on n'aurait certainement pas obtenu plus de succès de la part des productions péruviennes. Pour m'assurer des vertus fébrifuges du chlorure d'oxide de sodium, je l'ai constamment employé sans aucune autre médication, sauf le cas où la congestion locale exigea l'emploi de sangsues. Mais, à l'intérieur, il a toujours été pris seul par les malades à qui je l'ai prescrit.

Ces observations, qui sont toutes-puissantes pour moi qui les ai recueillies, auront, je le sens bien, moins de valeur pour ceux qui les liront. Il ne peut en être autrement. Le scepticisme qu'on doit apporter aux découvertes scientifiques est un devoir pour tout le monde. Mais, par une négligence coupable, il ne faut pas que ce scepticisme se change en incrédulité sans preuves. Je prie donc ceux qui me feront l'honneur de prendre connaissance de ce travail, d'essayer les moyens que j'ai moi-même mis en usage dans les conditions qui m'ont guidé et qui sont absolument celles où tout praticien doit administrer les fébrifuges connus. Alors, j'ose me flatter que le doute philosophique disparaîtra pour faire place à la conviction. Une fois sanctionnée par l'expérience, notre thérapeutique jettera, comme nous l'espérons, quelque jour sur la nature des pyrexies périodiques, et peut-être serons-nous assez heureux pour avoir rendu quelque service à la science, tout en servant la classe la plus souffrante de la société.

Obs. Ire (1). — Un vacher, âgé de trente-huit ans, bien constitué, d'un tempérament sanguin bilieux, fut obligé de se mettre dans la boue d'un marais, jusqu'à la ceinture, pour en retirer une vache de son troupeau qui venait de s'y enfoncer. Après de violens efforts répétés pendant deux heures pour dégager l'animal, le vacher sue abondamment et ne peut ni changer de linge, ni faire sécher celui dont il est couvert. Quatre ou cinq heures après, et le 9 juillet 1833, dans la soirée, frissons violens, soif, lassitudes dans les membres : nuit agitée, chaleur très-forte, céphalalgie ; sueurs la matinée du 10. Apyrexie complète le même jour à midi. Le malade se sent bien tout le reste de la jour-

(1) Si ce mémoire a quelque valeur pour le but auquel je le destine, il devient important de vérifier les dates : elles sont antérieures de huit mois à ce que dit M. Munaret sur la même matière.

(1) C'est celle dont j'ai parlé plus haut, insérée dans le *Bulletin médical de Bordeaux* en octobre 1833, et reproduite plus tard dans le *Journal de la Société des sciences physiques, chimiques, etc., de Paris*, en avril 1834, et dans la *Gazette médicale* de Paris, le 8 février 1834.

née : il a de l'appétit, soupe assez copieusement et passe une très-bonne nuit.

Le 11, les frissons se renouvellent vers les deux heures de l'après-midi. La soif, la céphalalgie, etc., que le malade avait éprouvées le 9, se reproduisent dans la soirée. Je note ce qui suit : Peau très-chaude et très-sèche, pouls plein, fort et précipité ; lassitudes dans les membres : mal de tête ; soif ; langue sèche mais large et généralement blanche : point de douleur épigastrique ni abdominale, selles naturelles ; urines sédimenteuses.. (Tisane de riz et d'orge miellée ; potion de quatre onces d'eau distillée avec addition d'un demi-gros de chlorure d'oxide de sodium, à prendre durant l'apyrexie).

Le 12, point de fièvre : appétit, fonctions dans l'état normal. (Le quart : tisane et potion ut suprà.)

Le 13, même état que la veille ; apyrexie complète : (Potion ut suprà.)

Le 14, point de fièvre, très-bon appétit ; la convalescence se confirme. (La potion.)

Le 15, le malade est complètement rétabli.

Tel est le succès que j'obtins la première fois que j'employai le chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes. Ce fait isolé pourrait bien être considéré comme une simple coïncidence entre l'administration du chlorure et la cessation de la fièvre, et non point comme un effet de l'administration de ce remède. On sait que les fièvres intermittentes disparaissent souvent toutes seules, par l'éloignement des causes qui les développent, soit par le repos, le changement d'air, etc. Il ne serait donc point impossible que la fièvre dont je viens de rapporter l'histoire, pût être rapprochée de celles qui guérissent sans médicamens. Cependant la cessation brusque de celle qui fait le sujet de cette première observation établit quelque probabilité en faveur du remède administré contre elle. En effet, si l'on examine, d'une part, que les deux accès de fièvre essuyés par notre vacher, ayant offert la même intensité, la fièvre n'avait pas de tendance à disparaître brusquement ; et que de l'autre, le caractère tierce qu'avait affecté la pyrexie lui destinait en quelque sorte une marche plus longue, puisque les fièvres de ce type, abandonnées dans leur état de simplicité aux seules ressources de la nature, atteignent ordinairement sept accès (1), on aura quelque raison d'admettre que, dans l'observation qu'on vient de lire, le chlorure n'a pas été tout-à-fait inactif.

Obs. II. — Baron, âgé de vingt ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin bilieux, est pris, le 6 octobre 1834, dans l'après-midi, d'une céphalalgie assez violente. Le soir, il a de la fièvre, sans avoir éprouvé de froid préalable ; de la soif et de l'inappétence. Sa bouche est pâteuse et ses membres courbaturés. La nuit n'amena point d'amendement à cet état ; il n'y eut point de sommeil, et le lendemain, dans la matinée, les choses étaient comme la veille au soir.

Je vis le malade à quatre-heures dans l'après-midi. Je le trouvai rouge, ayant une forte céphalalgie augmentant au moindre mouvement ; il avait de la soif et de la chaleur à la peau. Sa langue n'était ni rouge, ni sèche, mais au contraire humide et naturelle. Néanmoins il avait beaucoup de soif. L'épigastre n'était point sensible à la pression ; il n'y avait pas de nausées, pas de coliques, point de signes d'irritation pulmonaire ; enfin, sauf la tête, tous les organes paraissaient intacts. (Sangsues aux apophyses mastoïdes, tisane de bourrache, pédiluves sinapisés.)

Le 8, diminution presque totale de la céphalalgie. Point de fièvre, point de soif, point d'appétit. La langue est blanche et humide ; en somme, le malade n'est pas mal. (Pédiluves sinap., bourrache édul., 2 soupes.) Cet état continue jusqu'à quatre heures de l'après-midi. Alors, le malade est pris d'un frisson violent, de soif et de céphalalgie. Du reste, entière absence des symptômes de la part de tous les organes. (Orge miellé, lav. émol., diète.) Sueur à onze heures du soir.

Le 9, à ma visite du matin, le malade ressent encore un peu de céphalalgie. Du reste il est bien. (Tis. édul., potion de quatre onces d'eau distillée avec un demi-gros de chlorure d'oxide de sodium à prendre en deux fois dans l'apyrexie.)

Le 10, la fièvre est venue la veille à 9 heures du soir. Elle a débuté comme les jours précédens par un frisson suivi de chaleur et d'une abondante diaphorèse. La soif n'a pas été de beaucoup aussi vive que les jours précédens. La céphalalgie, qui n'a présenté que peu d'intensité, s'est dissipée pendant la sueur. Le chlorure a été pris avant l'accès, qui n'a duré que trois heures. Le malade se trouve bien.

Le 11, la fièvre qui devait venir dans la soirée de la veille, si sa marche eût été celle des autres jours, a paru remplacée par une espèce de malaise général. Le malade n'a ressenti ni frissons, ni chaleur, ni sueur. La céphalalgie et la soif n'ont pas eu lieu. Le sommeil a été complètement nul. Cependant l'état du malade est satisfaisant. (Potion de quatre onces d'eau avec addition de demi-gros de soude, deux soupes.)

Le 12, le malade a très-bien dormi la nuit précédente. Le malaise éprouvé dans la soirée de l'avant-veille n'a plus eu lieu. Il n'y a ni soif, ni céphalalgie, et le malade demande les alimens. On lui en accorde l'équivalant au quart des hôpitaux. (Point de prescription.)

Le 13 et le 14, le malade est en pleine convalescence. Dans ce cas, rien d'anormal ne s'est déclaré du côté de la rate.

Ici, la maladie n'a point débuté, comme le font ordinairement les fièvres intermittentes, par des frissons suivis de chaleur et de sueurs. Ce n'est qu'après l'application des sangsues aux apophyses mastoïdes que le type intermittent s'est bien dessiné. Ainsi, l'accès du 8 a présenté la marche régulière des apyrexies périodiques. Il dura sept heures. Cet accès terminé, nous avons admi-

(1) *Tertiana exquisità in septem ad summum circuitibus judicatur.* (Hipp., *Aph.*, *sect.* IV., *aph.* 59.)

nistré le chlorure d'oxide de sodium qui fut pris le 9, jusqu'à quatre heures de l'après-midi, époque à laquelle la fièvre de la veille s'était déclarée. Au lieu de suivre cette marche, elle retarde de cinq heures et n'en dure que trois. Le chlorure est continué le lendemain et la fièvre ne revient plus.... Le sulfate de quinine aurait-il agi d'une autre manière? Dans le cas où nous l'eussions employé, ne lui rapporterait-on pas les honneurs de la guérison?.. Tirerons-nous une semblable conséquence en faveur du chlorure d'oxide de sodium? Pas encore...

Obs. III. —Larrieu (Marie), âgée de quinze ans, d'un tempérament sanguin lymphatique, a vu ses règles, pour la première fois, il y a un mois et demi, sans éprouver aucun dérangement dans sa santé.

Le 10 octobre 1834, elle fut prise de céphalalgie, de nausées et de fièvre sans aucun frisson préalable. La nuit se passa dans cet état. Je vis la jeune malade le 11, à sept heures du matin. Ses yeux étaient larmoyans, sa face rouge, sa langue humide et rosée, dans l'état normal. Il y avait peu de soif, une légère sensibilité à l'épigastre, de la chaleur sèche à la peau; le pouls battait cent deux fois par minute. (Tisane miellée, dix sangsues aux cuisses, deux pédiluves alcalins, diète.)

Le 12, à huit heures du matin, la jeune malade m'apprend que les sangsues avaient donné beaucoup de sang, qu'elle avait abondamment sué; que sa tête était tout-à-fait libre et qu'elle ne souffrait plus du creux de l'estomac. En effet, les yeux n'étaient plus larmoyans, et la région épigastrique n'offrait pas de douleur à la pression. La fièvre avait disparu, il n'y avait plus de soif; mais l'inappétence persistait encore. Je revis la malade à quatre heures de l'après-midi. Elle me rapporta qu'à dix heures du matin elle avait été saisie par un violent frisson qui n'avait cédé qu'à deux heures de l'après-midi. A cette époque, la chaleur était venue et persistait encore. Je trouvai la peau chaude, la langue humide et belle, et tous les organes exempts de signes d'affections. La malade accusait un peu de soif, un peu de céphalalgie, mais se disait complètement dégagée de la douleur épigastrique qu'elle m'avait offerte la veille. Après un pédiluve alcalin que je prescrivis à Marie, elle sua beaucoup. La sueur dura deux heures, et le soir, à la chute du jour, la malade était bien.

Le 13, à huit heures du matin, apyrexie complète. (Deux bouillons, tisane de mauve édul., potion de quatre onces avec addition de chlorure d'oxide de sodium 3 ß.) A 10 heures, la fièvre est revenue ayant suivi la marche des autres jours; frissons, chaleur et sueur.

Le 14, la jeune malade a pris ce matin de bonne heure la moitié de la potion ordonnée hier. Néanmoins la fièvre est revenue comme précédemment, mais moins forte et moins longue que la veille. La céphalalgie et la soif ont présenté moins d'intensité que pendant les autres accès, et la douleur épigastrique n'a pas reparu depuis le 11. (Pot. chlorure d'oxide de sodium, demi-gros: tis. d'orge miell., deux soupes.)

Le 15, la malade a pris sa potion jusqu'à dix heures du matin, heure à laquelle s'était manifestée la fièvre, les jours précédens. J'allai lui faire ma visite à six heures du soir; la fièvre n'était pas revenue. La jeune personne se trouvait très-bien et se promenait dans son jardin. Comme elle sentait de l'appétit, je lui permis une soupe et de la crême de riz pour le soir. (Tisane d'orge, lait, potion avec chlorure d'oxide de sodium, demi-gros.)

Le 16, au soir, la fièvre n'est point venue depuis l'avant-veille 14. La malade a bien dormi la nuit précédente. Elle a de l'appétit et ne souffre de rien. Ses règles ont paru ce matin. La rate n'a point offert dans ce cas, pas plus que dans ceux qui précèdent, le moindre signe de souffrance, ni la moindre apparence d'un changement de volume. Je suspend toute médication.

Le 17 la convalescence est assurée.

C'est encore un exemple frappant de la secousse imprimée à la fièvre par le chlorure d'oxide de sodium. En effet, une fois les symptômes d'irritation gastrique dissipés, sous l'influence des sangsues, l'accès revient avec force et présente la même intensité que les accès antérieurs. Donc l'émission sanguine n'a pas arrêté la fièvre. A la première dose du chlorure, au contraire, la fièvre éprouve une variation telle qu'elle se montre et moins longue et moins considérable que la précédente. Après la deuxième dose du même remède, la fièvre ne reparaît plus. N'est-il pas évident dès lors que le chlorure mérite les honneurs de la victoire, et qu'il n'a pas reproduit l'irritation gastro-céphalique que nous avions guérie par les sangsues, puisque la céphalalgie s'est dissipée avec la soif, que l'appétit est revenu promptement malgré l'usage répété de ce remède?

Obs. IV. — La femme Pedemay, d'une bonne constitution, âgée de quarante-huit ans et bien réglée, fut prise de frissons violens et de céphalalgie le 5 octobre 1834 à quatre heures de l'après-midi. En même temps elle éprouva de la soif et ne se réchauffa que deux heures et demie après l'invasion du premier frisson. Avec la chaleur, un point douloureux se manifesta à l'épigastre. L'abdomen et la poitrine restèrent tout-à-fait étrangers à cet état morbide qui se continua jusqu'au 7, à deux heures de l'après-midi, époque à laquelle la malade fut de nouveau saisie d'un violent frisson, avec un mal de tête, épigastralgie, nausées, soif, lassitude très-grande des jambes. Dans la nuit, qui fut mauvaise, la malade eut une chaleur des plus intenses: une abondante sueur lui succéda à trois heures du matin.

Le 8, je vis la femme Pedemay à dix heures. Elle avait du mal de tête et de la douleur à l'épigastre qui s'exaspérait par la pression. La langue était large, humide et blanche; le pouls naturel, la peau sans chaleur anormale; point de soif, point d'amertume à la bouche, point de nausées; mais un sentiment de fatigue très-prononcé dans les membres abdominaux. La rate n'était pas douloureuse, elle n'était pas non plus hypertrophiée. (Tisane de mauv. édul., huit sangsues à l'épigastre, catapl. émoll., deux bouillons.)

Le 9, les sangsues de la veille ont beaucoup saigné; la fièvre n'a pas eu lieu: la douleur à l'épigastre s'est dissipée; mais la céphalalgie n'a pas complètement disparu. (Pédiluves alcalins, numéros 2.) Je revis la malade à sept heures du soir. La fièvre avait débuté à dix heures du matin par un froid considérable. Ce froid avait duré jusqu'à quatre heures de l'après-midi. L'épigastre n'avait point été douloureux comme les jours précédens; mais la céphalalgie qui s'était montrée moins forte à ma visite du matin, avait augmenté d'intensité depuis que la fièvre était venue. Il n'y avait point de soif, la langue était humide et de la douleur épigastrique, notée plus haut, n'était plus réveillée par la pression: le pouls battait cent sept fois par minute, la chaleur était forte et sèche. (Deux pédiluves, l'un tout de suite, l'autre dans deux heures si la sueur ne survient pas jusque-là.

Le 10, la malade était sans fièvre, mais elle souffrait un peu de la tête.

Le 11, à sept heures du matin, la fièvre n'était pas encore venue; la malade se sentait assez bien à quelque peu de céphalalgie près. (Tisane de riz édul., avec addition de chlorure d'oxide de sodium, demi-gros.) La fièvre revient à dix heures du matin avec augmentation de céphalalgie; elle ne dure que six heures et se termine à quatre heures de l'après-midi par une sueur très-copieuse. La tisane chlorurée est prise pendant l'accès. Le soir la malade se trouve très-bien. (Tisane de riz avec chlorure d'oxide de sodium demi-gros; pot. avec chlorure d'oxide de sodium demi-gros à prendre pendant la journée du lendemain.)

Le, 12 la malade est bien.

Le 13, léger malaise à l'heure ordinaire de la fièvre. (La potion, chlorure demi-gros.)

Le 14, la femme Pedemay est très-bien. Les jours suivans la fièvre n'a pas reparu.

Cette observation rapprochée de la précédente, prouve l'efficacité des émissions sanguines dans les cas de fièvres intermittentes, où quelque congestion locale se dessine franchement. Elle établit aussi, comme la précédente, l'indépendance absolue où se trouve cette congestion de la fièvre, puisque celle-ci persiste, tandis que l'autre a complètement disparu. On y trouve de plus un exemple de pyrexie périodique des plus intenses qu'on puisse rencontrer en tant que fièvre non pernicieuse. Eh bien! dans ce cas comme dans celui du vacher (obs. 1), où la fièvre était à son plus haut degré de simplicité, le chlorure d'oxide de sodium a triomphé du mal à la première dose, pour ainsi dire, puisque l'accès contre lequel je le dirigeais n'a duré que six heures, et qu'à la place de l'accès qui suivit la deuxième dose, la malade n'éprouva que du malaise au lieu d'éprouver une véritable pyrexie. Au surplus, d'après la marche de la maladie, il était peu probable que la fièvre cessât d'elle-même, et que la malade passât d'un accès quasi pernicieux à un accès des plus bénins.

Obs. V. — La femme Labat, d'un tempérament sanguin, bilieux, âgée de vingt-cinq ans, est accouchée depuis dix mois. Quoique nourrice, cette femme a continué d'être menstruée aussi régulièrement depuis ses couches qu'avant de devenir enceinte. Le 30 septembre dernier, elle fut contrainte de traverser un ruisseau débordé par suite d'une pluie d'orage extrêmement abondante. Conséquemment elle se mit dans l'eau jusqu'à mi-cuisse. Ses règles qui devaient venir deux jours après ne firent seulement que paraître et disparurent aussitôt. L'écoulement consista dans quelques gouttes d'un sang appauvri et décoloré, qui tachait à peine le linge. Depuis cette époque, cette femme se sentit la tête lourde: un engourdissement général la tenait dans un état voisin de la somnolence. Tout exercice lui devenait pénible, et tout travail bien supérieur à ses forces. Enfin, le 12 octobre 1834, vers onze heures du matin, cette femme fut prise d'une forte céphalalgie et de frissons considérables. A cela se joignit de la soif et du dégoût pour les alimens: la malade sua beaucoup à neuf heures du soir.

Le 15, apyrexie, un peu de mal de tête: même état que celui qui durait depuis trois semaines.

Le 14 à midi, frissons violens, céphalalgie intense, puis soif considérable. Je vis la malade à trois heures de l'après midi. Elle avait alors la peau chaude, le pouls à cent sept pulsations, la langue blanche mais humide, et la rate dans l'état le plus parfait d'intégrité. Les autres organes n'offraient que des signes négatifs de souffrance. (Tisane de bourr. édul., huit sangsues aux cuisses, bains de siége, deux pédiluves alcalins, bouillons.)

Le 15, les sangsues ont été appliquées de très-grand matin. La malade souffre de la tête mais peu; c'est plutôt de l'étourdissement que de la douleur qu'elle y ressent. Elle n'a pas de fièvre. La langue est belle, il n'y a point de soif, et tous les organes paraissent n'éprouver aucun trouble assez remarquable pour se traduire au dehors par des symptômes. (Eau de riz addit. de chlorure d'oxide de sodium, demi-gros. Potion avec chlor. demi-gros, à prendre jusqu'à l'heure de l'accès.)

Le 16, la malade n'a pas pris hier le chlorure à l'époque fixée. L'accès est arrivé entre dix et onze heures du matin; il a marché comme les autres, en intensité comme en durée, et s'est terminé par une abondante diaphorèse.

Le 17, le chlorure a été pris hier après la fièvre jusqu'à ce matin. A onze heures, la fièvre est revenue comme de coutume, mais elle n'a duré que deux heures et n'a presque pas eu d'intensité. Pendant son existence la malade n'a souffert de rien; je l'ai vue dans l'après midi, elle était bien. (Tisane de riz avec chlorure d'oxide de sodium, demi-gros, jusqu'à l'heure de l'invasion des accès.)

Le 18, la malade n'a pas eu la fièvre. Elle se trouve bien, mais elle continue d'éprouver des lassitudes, et l'engourdissement qu'elle avait avant d'avoir contracté la fièvre. (Potion chlor.)

Le 19, la fièvre n'est pas venue et la femme Labat est en pleine convalescence. Les symptômes d'aménor-

rhée se dissipèrent ultérieurement par le moyen du seigle ergoté (1).

Encore un exemple de continuation de la fièvre intermittente chez cette femme après une application de sangsues, dirigées, il est vrai, contre l'aménorrhée, plutôt que contre la pyrexie qui venait de s'emparer du sujet de cette observation! Encore un exemple d'un retour de fièvre assez forte pour éloigner de l'esprit de l'observateur toute idée de cessation spontanée de la part de cette fièvre! Encore un exemple de la diminution considérable de tous les symptômes de la fièvre, après la première dose du chlorure d'oxide de sodium! Enfin, encore un exemple de guérison parfaite et solide, après la deuxième dose de ce médicament.

Obs. VI. — Un tuilier (Chéry), âgé de 34 ans, sanguin bilieux, bien portant d'habitude, mais abusant quelquefois des boissons alcooliques, est souffrant depuis trois semaines. Il a néanmoins travaillé de sa profession jusqu'à ce jour, malgré une toux sèche qui le fatigue surtout la nuit et des frissons qui reviennent chaque jour à midi. Ces frissons sont suivis de chaleur peu prononcée, et de sueurs peu copieuses. Tous ces accidens sont accompagnés de peu de soif, de perte d'appétit et d'amertume à la bouche. Cependant la langue ne présente point d'enduits morbides. J'ai vu le malade pour la première fois le 15 octobre à huit heures du matin. Je l'ai trouvé défait, pâle et maigri; la poitrine et le cœur auscultés n'offrent rien d'anormal. Les cavités abdominale et crânienne ne traduisent, par aucun symptôme spécial, aucun degré de souffrance. Il n'y a point de fièvre. (Bouillons gras, laitage; guimauve édul. avec add. demi-gros de chlorure d'oxide de sodium.)

Le 16, le malade a beaucoup toussé pendant la nuit. La fièvre est revenue à l'heure ordinaire, sa durée et son intensité n'ont point essuyé de variation. (Tisane ut suprà avec addition de demi-gros de chlorure. Alimentation ut pridiè.)

Le 17, le malade a beaucoup toussé la nuit passée, mais il n'a presque pas senti de fièvre. (Looch opiacé, tisane et addition ut suprà.)

Le 18, le malade n'a pas eu de fièvre pendant la nuit; mais sa toux a continué comme la nuit précédente malgré l'opium de la veille. (Tisane et chlorure.)

Le 19, la fièvre n'existe plus. Toux.

Le 20, point de fièvre. Toux. (Saignée de quatre onces.)

Le 21, le malade n'a pas ressenti sa fièvre. Il a toussé, cette nuit, un peu moins que précédemment. Depuis cette époque, la fièvre n'a pas reparu. La toux, de son côté, cessa sous l'influence de moyens variés; mais des imprudences de régime, de travail et d'hygiène ont conduit cet homme à des accidens multipliés qui l'ont retenu maladif jusqu'à cette époque (avril 1835), sans toutefois avoir eu l'inconvénient de rappeler sa fièvre périodique.

Ici, comme précédemment, le chlorure d'oxide de sodium a marqué son effet, d'abord par la diminution et puis ensuite par l'extinction de la fièvre. Un looch opiacé, commandé par l'irritation bronchique du malade, a sans doute été donné dans le même temps que la troisième dose du chlorure: il ne serait donc pas impossible que l'administration du breuvage pectoral eût en quelque sorte influencé la fièvre, puisque l'opium qu'il tenait en dissolution a plusieurs fois triomphé de la périodicité des pyrexies, soit qu'il fût administré seul, soit qu'on le mélangeât au sulfate de quinine, à l'antimoine, etc.; mais si l'on peut arguer que l'opium pris par notre malade ait dû produire quelque effet dans le cas dont il s'agit, il ne restera pas moins établi par l'examen du même fait, que l'accès fébrile a diminué de force après la seconde dose de chlorure, et que, par l'analogie que nous permettent d'établir les observations précédentes, il aura certainement contribué, pour sa part, à la disparition de la fièvre. Il n'en a pas été de même pour la toux. L'opium et le chlorure ont été sans puissance sur elle. Je pourrais demander avec quelque fondement si les choses se seraient passées de la même manière, dans l'hypothèse où le sulfate de quinine aurait été pris à la place du chlorure d'oxide de sodium; et si, les symptômes d'irritation bronchique, diminués de beaucoup par la saignée, après l'administration du chlorure, qui ne lui fit éprouver aucun changement, seraient demeurés stagnans sous l'influence du sel de quinine, comme ils le furent sous l'influence du chlorure? Ces rapprochemens ne militent-ils pas en faveur des qualités non irritantes du chlorure?

(*La suite au prochain cahier.*)

(1) C'est un cas qu'il faut ajouter à ceux que nous avons publiés dans le *Journal hebdomadaire*, t. II, p. 245, ainsi qu'à ceux qu'a publiés dans le t. IV, p. 29 du même journal, M. Rollet.

Recherches et Observations sur l'épilepsie; par le Dr Gibert.

L'épilepsie, cette maladie si terrible d'aspect, si grave, si dangereuse, si difficile à guérir.... et pourtant si commune! l'épilepsie, dis-je, n'a pas été beaucoup éclairée, que je sache, par nos progrès les plus récens en anatomie pathologique. C'est toujours pour nous comme pour les anciens le *morbus sacer*, la maladie herculéenne, le mal caduc, le haut-mal, c'est-à-dire, une affection dont l'étiologie est obscure et mystérieuse, une maladie dont les accès développent les efforts musculaires les plus effrayans, une maladie qui renverse et jette à terre l'homme robuste comme l'enfant délicat, une maladie qui trop souvent est au-dessus des ressources de l'art! Je n'ai rien malheureusement de bien neuf, ni de bien satisfaisant à dire, soit sur la nature de l'épilepsie, soit sur les moyens de traitemens qu'on peut lui opposer...; mais ayant eu occasion d'observer un grand nombre d'épileptiques, en ayant vu guérir quelques-uns; ayant fait quelques recherches historiques relatives à la maladie, j'ai pensé que ce mémoire

ne serait point entièrement dénué d'intérêt, et j'ai cru pouvoir le soumettre à l'indulgence de nos lecteurs.

On sait que les œuvres d'Hippocrate (Haller : *Artis medicæ Principes*) contiennent un livre tout entier consacré à l'épilepsie. En outre, les livres des *prédictions* et des *aphorismes* renferment plusieurs sentences relatives à cette maladie, sentences dont l'expérience a, pour la plupart, confirmé la justesse. Ainsi, rien de plus vrai que ce passage du ch. VII des prédictions, liv. II : « Parmi ceux que frappe la maladie sacrée, les sujets qui en sont atteints dès l'enfance, et qui en restent affectés jusqu'à l'époque de l'âge viril, sont de tous les plus difficiles à guérir ; en seconde ligne, viennent ceux que le mal saisit lorsque le corps a tout son développement, par exemple de l'âge de 25 à 45 ans : ensuite, les sujets chez lesquels l'accès ne prend pas son origine dans quelque partie déterminée. Il est plus facile au contraire de guérir les épileptiques dont les accès ont leur point de départ dans le côté, la main, le pied, etc. (Epilepsie *sympathique*), et parmi ces derniers, ceux qui guérissent le plus facilement sont ceux dont l'accès part de la main ou du pied. Souvent le strabisme, l'impotence d'un membre, la claudication, les déviations latérales du tronc, les hernies qui datent de l'enfance et dont on ne connaît pas la cause, sont des suites de cette maladie. » D'autres sentences, exposées dans le livre des aphorismes, sont moins généralement approuvées. Ainsi, par exemple, cet aphorisme du livre V. « Ceux qui sont atteints de fièvre quarte sont difficilement pris de convulsions, et celles qui existaient chez eux auparavant guérissent sous l'influence de la fièvre, » ne paraît pas avoir été confirmé par l'observation des médecins de nos jours. Rien, au contraire, de plus juste que celui-ci, avec les restrictions convenables, bien entendu : « Les sujets encore jeunes peuvent guérir de l'épilepsie par l'effet du progrès de l'âge, du changement de lieu et de nourriture. » (Liv. II. aph. XLV.) Il y a près de cinq ans que je fus appelé près d'un homme âgé d'environ 45 ans, qui était en proie à l'une des attaques d'épilepsie les plus violentes et les plus prolongées que j'aie jamais vues. Une énorme saignée calma les accidens du moment. Depuis lors, les accès se reproduisirent à des intervalles irréguliers (seulement avec moins d'intensité), malgré des soins très-assidus et des traitemens divers par les antiphlogistiques et les calmans, les dérivatifs, les purgatifs, les antispasmodiques (l'eau de laurier cerise, en particulier), etc. Enfin, le malade, qui dans l'intervalle de ses accès jouissait de l'intégrité parfaite de ses facultés physiques et intellectuelles, ayant remarqué que les voyages, le séjour du grand air et à la campagne, étaient encore les circonstances qui avaient paru les plus efficacement agir sur la fréquence et la violence des accès, finit par se décider à quitter la capitale et à habiter entièrement la campagne. Deux ans se sont écoulés depuis ce changement d'habitation, et aujourd'hui la guérison paraît à peu près assurée. Du reste, chez cet homme, la cause déterminante de l'épilepsie est demeurée inconnue, et la maladie paraissait bien offrir tous les caractères d'une *névrose*. Il n'y avait de notable dans l'intervalle des accès qu'une grande susceptibilité, un peu de bizarrerie dans le caractère, une grande mobilité morale et physique.

Nous dirons plus tard quelque chose des tentatives faites dans le but de vérifier la justesse du précédent aphorisme qui attribue à la *fièvre quarte* une vertu préservative et curative de l'épilepsie.

Le livre consacré à la maladie dont nous nous occupons paraît, au jugement de Haller, d'une époque postérieure au temps d'Hippocrate ; il est d'ailleurs fort ancien, puisqu'il est cité par *Cœlius Aurelianus* et par d'autres auteurs d'une antiquité assez reculée. Quoi qu'il en soit, il est assez curieux de voir l'auteur écrivant à une époque que l'on regarde comme entachée de superstition, et sur une maladie à laquelle il donne le nom de *sacrée*, s'élever contre l'opinion populaire qui attribue cette affection à la colère des dieux et s'efforcer de découvrir à l'épilepsie une cause matérielle qu'il croit devoir résider dans l'humidité du cerveau. Rien assurément qui se rapproche plus de la manière de philosopher de nos jours. Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler ici les termes hardis qu'emploie l'auteur à cette occasion : « Ce sont, dit-il, les devins, les *expiateurs*, les charlatans de toute sorte, gens qui se targuent d'une haute piété et d'un profond savoir, qui, les premiers, selon moi, ont cherché à cette maladie un origine sacrée. Plutôt que d'avouer leur impuissance et leur ignorance, ils ont mieux aimé se retrancher derrière la divinité et prescrire en son nom (sans danger de se compromettre eux-mêmes), les expiations, les paroles sacrées, etc. »

On trouve, d'ailleurs, dans ce livre une description assez exacte des accès épileptiques ; l'énumération des causes les plus ordinaires de la maladie, telles que la frayeur et les émotions vives ; l'indication de la liaison intime qui existe entre l'apoplexie et les convulsions épileptiformes chez les vieillards ; et, ce qui est plus remarquable encore, la mention d'un fait d'anatomie pathologique à l'appui de l'étiologie de la maladie établie par l'auteur. « Chez les chèvres, dit-il, qui sont sujettes à cette affection, on trouve ordinairement à l'ouverture du crâne, la cervelle remplie d'humidité. La même chose doit exister chez l'homme..., d'où il est facile de voir que ce n'est pas une cause surnaturelle, mais bien une lésion matérielle qui est la cause des accidens. » Enfin, ajoute encore l'auteur, dont nous nous plaisons à citer les paroles (si remarquables pour le temps où il vivait!) : « Le cerveau est le siége des affections et la source des mouvemens... ; c'est là aussi qui est le siége de l'épilepsie. »

La description que donne Celse (liv. III, c. II ; sect. XII) de la maladie, est concise et énergique. Il regarde avec raison, la puberté chez l'homme et l'établissement des règles chez la femme, comment pouvant parfois amener la guérison. Les remèdes qu'il prescrit, au nombre desquels se comptent, la saignée, les purgatifs, les frictions et les douches froides sur la tête rasée, les ventouses scarifiées à l'occiput, la cautérisation de la

nuque par le fer rouge, sont généralement très-judicieux, sauf les règles du *méthodisme* qui président à leur administration. Les conseils hygiéniques (éviter toute émotion vive, le soleil, le feu, les échauffans, etc.) que donne le même auteur, sont pleins de sagesse et de précision. C'était bien la peine après cela de lui reprocher d'avoir fait mention d'un préjugé de son temps, qui faisait regarder le sang humain comme un excellent remède en pareil cas!

Arétée, suivant sa coutume, a décrit très-fidèlement les signes précurseurs et les phénomènes des accès de l'épilepsie, tant idiopathique que *sympathique*, ainsi que les effets fâcheux que cette maladie produit sur le physique et sur le moral lorsqu'elle se prolonge. Il ne craint pas de conseiller contre une aussi redoutable affection l'application des cantharides sur la tête, la cautérisation du crâne jusqu'à la dure-mère, et ne parle qu'avec une sorte de dédain philosophique des remèdes populaires, tels que la cervelle de vautour, le cœur de poule d'eau, le cœur d'un homme égorgé, le foie humain.... « Ces remèdes barbares, dit-il, me sont inconnus dans leur action. »

Plusieurs fois, d'après l'indication de ces princes de la médecine antique, j'ai vu, à l'hôpital St-Louis, M. Biett déterminer sur le cuir chevelu et sur le crâne des escharres et des nécroses au moyen de l'application du fer rouge, sans que ce remède héroïque ait fait autre chose que suspendre pour un temps plus ou moins long le retour des accès; il est vrai qu'il n'était tenté que dans des cas graves et invétérés.

Galien distingue trois espèces d'épilepsie, suivant qu'elle procède du cerveau, de l'estomac ou d'une autre partie quelconque du corps (*sympathique*). Il attribue à Démocrite cette sentence: *την συνουσιαν ειναι μικραν εκλληψιαν*, *Coïtum esse brevem epilepsiam.*

Cœl. Aurelianus donne l'étymologie du mot épilepsie, qui indique que la maladie saisit à la fois l'esprit et les sens. Quant au nom de maladie *sacrée*, il peut venir tout simplement de ce que le siége du mal est dans la tête, partie qui est regardée comme le temple de l'âme, etc.

Cœlius décrit longuement les accès, les causes, les effets de l'épilepsie, les rapports qu'elle offre avec l'hystérie, et indique soigneusement ce qu'il y a à faire durant les accès et dans leurs intervalles; il conseille d'ailleurs à peu près les mêmes remèdes actifs que les auteurs précédens, la saignée (dans l'âge robuste), les ventouses, les purgatifs... et s'il y a quelque partie de la tête douloureuse, lourde ou engourdie, l'apposition circulaire des sangsues sur cette région, suivie ou non de l'application des ventouses sur les morsures. Les bains, les douches, la ligature des membres, la cautérisation du crâne, l'exercice, les voyages sont encore au nombre des moyens de traitement qu'il paraît recommander; car il fait peu de cas de beaucoup d'autres remèdes qu'il cite, soit d'après les auteurs soit d'après les traditions populaires. Certainement en faisant abstraction des idées systématiques propres à la secte méthodiste qui semblent diriger l'auteur dans le mode d'administration des remèdes, on peut dire que la partie thérapeutique est plus instructive et plus complète dans ses écrits que dans ceux de quelques-uns de nos contemporains, quoique assurément on ne puisse nier que la science ait fait des progrès marqués dans l'espace de seize siècles environ qui se sont écoulés entre les deux époques.

Alexandre de Tralles, qui écrivait au sixième siècle, c'est-à-dire environ trois siècles plus tard que le précédent, a renchéri encore sur les détails thérapeutiques que nous avons tout à l'heure indiqués, en les étendant à l'âge le plus tendre et même à la nourrice de l'enfant atteint ou menacé d'épilepsie; il prétend avoir connaissance de plusieurs succès obtenus par les purgatifs drastiques, dans l'âge où ces remèdes héroïques peuvent être administrés; entre autres, il recommande le mélange de l'aloës, de la scammonée, de la gomme gutte, du bedellium, donné à haute dose dans un excipient liquide aromatique. Ce remède lui a également paru efficace dans le vertige, la goutte et plusieurs autres maladies. L'épilepsie *sympathique* a particulièrement fixé son attention. J'ai vu (dit-il) un certain *lecteur* qui sentait au début de l'accès, une sorte de vapeur froide s'élever de la partie supérieure du pied et monter vers la tête. Après l'avoir purgé avec des pilules (hydragogues), j'appliquai des rubéfians, et notamment une herbe (lepidium) qui excitait la transpiration sur la partie d'où le mal paraissait procéder...., et ce jeune homme guérit. Généralement, il a plus de confiance dans une cure méthodique et rationnelle, où les soins hygiéniques occupent une place très-importante, que dans les remèdes violens, tels que la section de l'artère temporale ou l'adustion du crâne, procédés douloureux et dangereux, qui (ajoute l'auteur) sont plutôt des voies de tourment et de supplice que de guérison.

Au seizième siècle, peu après la renaissance des lettres et des sciences en Occident, nous voyons notre compatriote Baillos faire quelques remarques assez judicieuses sur la maladie qui nous occupe, tout en omettant toutefois de distinguer soigneusement l'épilepsie des autres affections convulsives. Selon lui, les grands génies sont assez sujets à ce mal redoutable; exemple, César, Mahomet, Charles-Quint. Il parle d'un enfant épileptique qui succomba à l'âge de douze mois, et dans l'encéphale duquel on trouva, à l'ouverture du corps, une immense quantité d'eau. (*Consil.* tom. 3.)

Sydenham s'est plus occupé des *convulsions* de l'enfance (et notamment de celles qui précèdent parfois les éruptions de rougeole ou de variole, ou qui accompagnent la dentition) que de l'épilepsie proprement dite; mais il a la gloire d'avoir proclamé qu'en pareil cas le remède le plus efficace est la saignée.

Les commentaires de *Van Swieten* sur les aphorismes de *Boerhaave* contiennent les détails les plus intéressans et les plus circonstanciés sur les symptômes, la marche et le traitement de l'épilepsie. On sait comment *Boerhaave* réussit à combattre la fraude d'un jeune garçon, assez mauvais sujet quoique de noble

famille, qui simulait une attaque d'épilepsie chaque fois que ses parens lui refusaient quelque chose. Faignant de croire à la réalité du mal, cet illustre médecin ordonna l'application du fer rouge sur le pouce du malade, qui n'attendit pas l'exécution de l'ordonnance, et se garda bien de retomber depuis.

Van Swieten dit qu'on a vu un premier accès épileptique être mortel, et il cite à cette occasion l'exemple d'une femme primipare qui succomba à ce genre de mort dans les derniers efforts de l'accouchement....; mais c'est là confondre deux choses distinctes, l'épilepsie proprement dite et les *convulsions* epileptiformes. Par contre, le même auteur signale un cas de longévité assez remarquable chez un épileptique, qui, pris pour la première fois de la maladie à l'occasion d'une grave terreur, à l'âge de vingt-cinq ans, n'en atteignit pas moins l'âge de quatre-vingts ans, quoique les accès eussent continué de se reproduire à des intervalles variables pendant cette longue carrière.

Tout en reconnaissant que l'autopsie ne fait pas toujours découvrir d'altération matérielle appréciable dans l'encéphale des individus qui ont succombé, *Van Swieten*, tout aussi bien que nos raisonneurs modernes (car il n'y a rien de nouveau sous le soleil), avait trouvé que cette altération pouvait exister sans que nos moyens d'investigation pussent la constater (Comment. sur l'aphor. 1072); seulement, il n'avait pas été jusqu'à poser cette conclusion hardie, devant laquelle certains partisans de l'*anatomisme* moderne n'ont pas reculé : « On ne voit rien, *donc* il y a quelque chose! » Il faut voir d'ailleurs avec quelle sagesse, quelle prudence et quelle modestie le même auteur s'exprime sur les causes *naturelles* de la maladie..... (1) Permis ensuite à nos *philosophes* d'en rire !

En voyant l'écume qui sort de la bouche et des narines à la fin de l'accès, les anciens avaient pensé que cette *pituite* était une des causes de la maladie ; *Van Swieten* fait remarquer avec raison que cette excrétion doit être mise, au contraire, au nombre des effets du mal.

Quant à la distinction de l'épilepsie en idiopathique et sympathique, notre auteur a bien soin de faire observer que la cause prochaine, la source des symptômes est toujours dans le cerveau, mais que la cause déterminante ou provocatrice peut être ailleurs, comme le démontrent les cas où l'*aura*, s'élevant d'une partie du corps plus ou moins éloignée de la tête, du pied, par exemple, il peut se faire que l'accès soit prévenu par une constriction exercée à temps au-dessus du lieu d'où part l'excitation morbide. Il faut d'ailleurs reconnaître que la *diathèse* épileptique, c'est-à-dire la disposition inconnue qui amène le retour des accès, peut co-exister avec une intégrité parfaite des facultés et des fonctions. Les attaques sont rappelées par toutes les causes physiques ou morales qui peuvent agiter le cerveau ; il n'est pas rare surtout de les voir se reproduire toutes les fois que se reproduit la cause qui a déterminé le premier accès. Ainsi, une jeune fille de dix ans, née de parens sains et jusque-là bien portante, est prise d'épilepsie au milieu de violences que lui font ses compagnes, qui, par manière de jeu, la retiennent couchée par terre tandis qu'elles lui châtouillent la plante des pieds ; depuis lors, cette jeune fille ne peut plus voir faire à une autre la moindre menace de chatouillement, sans tomber aussitôt dans un accès.

Ainsi, un enfant devenu épileptique par suite de la frayeur qu'il éprouva de l'attaque imprévue d'un chien de haute taille, ne pouvait voir ou entendre aboyer un chien sans être pris d'un accès. Comme offrant quelque chose d'analogue à ces faits, *Van Swieten* cite encore l'exemple d'un homme qui, ayant pris plusieurs fois un breuvage purgatif assez dégoûtant dans un vase particulier, éprouva dans la suite un tel dégoût par souvenir, que la vue seule du vase en question suffit pour produire chez lui un effet purgatif : en sorte que la simple influence de l'imagination détermine les mêmes phénomènes que l'action réelle du remède. (Avis aux *homœopathes.*)

Entre autres observations curieuses, Van Swieten fait aussi mention d'un fait emprunté au Traité de chirurgie de Lamothe, et relatif à une femme qui eut successivement trois garçons et trois filles ; des accès d'épilepsie se montrèrent constamment chez elle pendant la grossesse des garçons, et elle en fut constamment exempte pendant la grossesse des filles.

Notre auteur confirme par une observation empruntée aux mélanges des curieux de la nature (*Dec.* III, *an.* 3, p. 34), la sentence d'Hippocrate, relative aux effets curatifs de la fièvre quarte, que j'ai citée plus haut. Il s'agit d'un épileptique qui avait un accès toutes les semaines, et qui fut délivré de sa maladie par l'invasion de la fièvre, encore que celle-ci eût été plus tard traitée et guérie par le quinquina. Le même recueil offre une autre observation d'épileptique, âgé de dix ans, qui fut aussi guéri à la suite d'une fièvre épidémique grave dont il fut atteint ; l'épilepsie datait de

---

« J'ai vu (dit *Van Swieten*) un petit enfant de quatre ans qui ne pouvait réciter l'oraison dominicale sans pousser aussitôt un horrible cri, marquant le début d'un accès convulsif, et quatre fois de suite ce phénomène s'est reproduit en ma présence, sans qu'il pût y avoir lieu à soupçonner la moindre supercherie. Sans doute, il ne faut pas (ajoute l'auteur) se hâter de croire *surnaturelle* ce qui paraît extraordinaire, mais il ne faut pas non plus proclamer *impossible* un fait authentique. C'est avec raison, dit-il en terminant, que Fr. Hoffmann (*de diabol. potent. in corp. hum.*) a redit d'après Pline : » *Quemadmodum multa fieri non posse, priusquam facta sunt, judicantur : ita multa quoque, quæ antiquitus facta, quia ea non vidimus, neque vati ne assequimur, ex iis esse, quæ fieri non potuerunt, judicamus. Quæ certe summa insipientia est.* » Que de gens, pourtant, ont commis et commettent encore tous les jours ce que le philosophe ancien n'hésitait point à appeler UNE INSIGNE FOLIE ! *Galien* (*de loc. aff.* l. v. c. II.) reprochait aussi aux médecins de son temps de nier tout-à-fait les choses qu'ils ne pouvaient expliquer.

trois ans, et, comme dans le cas précédent, elle avait été vainement combattue par un grand nombre de remèdes :

« J'ai vu, dit Van Swieten, un jeune épileptique chez lequel les accès survenaient chaque mois, vers la pleine lune, et offraient au début un tremblement de la lèvre inférieure, souvent précurseur du vomissement. Lorsque ce vomissement survenait, l'accès était singulièrement abrégé. Un vomitif donné chaque mois, trois jours avant l'époque présumée de l'accès, avec la précaution d'administrer un calmant le soir, et de prescrire dans les autres jours des remèdes fortifians, amena la guérison de la maladie. Ce traitement fut continué durant l'espace de six mois. »

C'est bien le cas de retracer ici la belle observation de *Dumas*, insérée dans le tome XXXIX du Recueil périodique de la société de médecine de Paris (décembre 1810) et analysée dans le tome XXXI de l'ancienne *Bibliothèque médicale :*

« Un jeune homme de Bordeaux, né d'une mère hystérique et d'un père sujet à des spasmes de l'estomac et de la poitrine, présenta lui-même, dès son enfance, une disposition bien marquée aux affections nerveuses ; il eut souvent des mouvemens convulsifs pour des causes très-légères, et des fièvres intermittentes qu'il éprouva à trois différentes reprises furent guéries par les antispasmodiques combinés au quinquina. A seize ans, il devint épileptique. Les accès revenaient presque toujours à la suite de quelque cause accidentelle, comme un mouvement de colère, une erreur de régime, etc. ; ils étaient séparés par des intervalles très-irréguliers, mais qui furent toujours de plusieurs mois pendant les deux premières années. Au bout de ce temps, il revinrent assez régulièrement tous les quinze ou vingt jours, pendant environ six mois. Après plusieurs traitemens infructueux, on employa avec quelque succès les antispasmodiques combinés avec les toniques. Les accès s'éloignèrent beaucoup : il n'y en eut que sept à huit dans l'espace de seize mois. Mais bientôt, à la suite de quelques écarts de régime, ils se rapprochèrent de nouveau, et de plus en plus. A l'âge de vingt-un ans, le malade en éprouvait jusqu'à trois et quatre par mois, et quelquefois plusieurs dans le même jour ; c'est à cette époque que l'auteur fut consulté. Ayant remarqué que les liqueurs spiritueuses, et particulièrement le punch, avaient la propriété de déterminer les accès chez son malade, il imagina d'employer ce moyen pour leur donner une périodicité régulière.

» Comme on avait tenu une note exacte de tous les accès qui avaient eu lieu jusqu'alors, M. Dumas put facilement calculer combien le malade en avait éprouvé dans un temps donné. En prenant un terme moyen, il trouva vingt-neuf à trente accès pour une année, ce qui aurait donné à peu près un tous les douze jours, si les intervalles avaient été égaux. D'après cette donnée, il fit prendre au malade, régulièrement tous les douze jours, une dose de punch suffisante pour provoquer l'accès ; en même temps, il mit en usage tous les moyens que pouvaient lui fournir l'hygiène et la thérapeutique, pour prévenir les accès qui auraient pu survenir dans les intervalles (1). Ainsi, par exemple, à la moindre apparence d'un accès, le malade avalait promptement une combinaison d'éther sulfurique, de camphre et d'assa-fœtida ; on éloignait avec soin toutes les causes d'excitation, etc. Cette méthode réussit au-delà de toute espérance : on décida plusieurs attaques dont l'ordre et la succession ne furent troublés par aucune attaque intermédiaire. Alors on diminua graduellement la quantité de punch employé dans chaque épreuve ; on finit même, au bout de trois mois, par supprimer entièrement cette liqueur, et néanmoins la maladie conserva sa périodicité régulière. Après avoir laissé passer quatre accès en observation, on commença le traitement.

» Le malade prenait demi-once de quinquina le lendemain de l'accès, et les quatre jours suivans : il réduisait ensuite la dose à deux gros par jour jusqu'au douzième. Enfin, quelques heures avant l'accès, il prenait la plus forte dose, qui était d'une once ; on ajoutait un peu d'éther sulfurique et de laudanum liquide à cette dernière prise.

« Bientôt la force et la durée des accès commencèrent à diminuer par degrés. Au bout d'un certain temps, il ne restait plus que quelques légers vertiges, qui disparurent à leur tour. Depuis deux ans, on n'a plus observé aucune trace de la maladie ; le jeune homme éprouve un sentiment d'énergie et de bien-être qu'il ne connaissait point auparavant. »

Croit-on que les choses se fussent passées de même, si, au lieu de se trouver sous la direction d'un observateur nourri des principes de l'école hippocratique et attaché à étudier la marche de la nature, à considérer l'ensemble au lieu des détails, à introduire la méthode et le raisonnement dans l'application de l'*empirisme....*, le malade fût tombé entre les mains d'un de ces médecins de l'école anatomique qui ne voient dans l'épilepsie qu'une variété d'*encéphalite ?*

(*La suite au prochain cahier.*)

Note sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui règne actuellement à Paris ; par M. Prus, médecin de l'hospice de Bicêtre (2).

On sait que la fièvre typhoïde sévit actuellement dans la capitale et spécialement dans le quartier des écoles de droit et de médecine. Si j'en crois des rapports qui me paraissent dignes de foi, soixante élèves

(1) « *Ubi enim paroxysmi per aliquod tempus caveri possunt, videtur sensim minui causa illa proegumena* (epilepsiæ), *non excitata per magnum temporis intervallum.* » Van Swieten.

(2) Cette note, communiquée par l'auteur à la société de médecine de Paris et imprimée dans la *Revue* par décision spéciale de cette société, aurait dû être publiée beaucoup plus tôt sans des circonstances indépendantes de notre volonté.

en droit auraient été enlevés par cette maladie depuis le mois de décembre ; on m'a cité un hôtel garni où trois de ces élèves sont morts, et un autre où cinq ont également succombé. On a à regretter aussi un certain nombre d'élèves en médecine ; mais il me serait impossible de préciser ce nombre.

En appelant votre attention sur cette épidémie, je veux surtout vous signaler un fait thérapeutique que j'ai été à même d'observer trois fois, en peu de temps, et qui me paraît offrir quelqu'intérêt dans les circonstances présentes.

La nourrice de l'enfant de madame la comtesse de T... (hôtel des monnaies), âgée de trente-deux ans, d'une forte constitution, à Paris depuis cinq mois, fut prise, vers la mi-janvier d'un dévoiement qu'elle conserva pendant huit jours sans le faire connaître. Mais, à cette époque, ne pouvant pas dissimuler plus long-temps ses souffrances et cédant à un abattement extraordinaire qu'elle ne pouvait définir, elle se mit au lit. A ma première visite, je constatai l'état suivant : Prostration profonde, face terreuse, les yeux ternes et comme couverts d'une poussière fine, céphalalgie sus-orbitaire, délire, léger pendant le jour, plus violent pendant la nuit ; langue blanche dans le milieu, rouge sur les bords et à la pointe ; soif peu prononcée ; sensibilité assez vive à l'épigastre, beaucoup plus vive dans la région iliaque droite ; coliques fréquentes ; ventre ballonné ; selles liquides et jaunâtres ; urines rares et troubles ; respiration accélérée et irrégulière sans que la percussion et l'auscultation indiquassent aucune altération des poumons ou de la plèvre ; toux sèche et fréquente ; pouls d'une force médiocre, à quatre vingt-quinze ; peau chaude sans sécheresse ; les seins sont flasques et ne contiennent qu'une petite quantité de lait sans consistance.

Malgré le soin qu'on prit de rétablir la sécrétion du lait à l'aide de la succion opérée par un petit chien, malgré deux applications de sangsues à l'épigastre et sur la région iliaque droite, malgré les boissons délayantes administrées à l'intérieur et les émolliens appliqués à l'extérieur, malgré les dérivatifs promenés sur les extrémités inférieures, la maladie continua sa marche. Quelques sueurs se manifestèrent, mais sans soulagement ; la langue devint sèche et brune ; les dents se recouvrirent de mucosités de la même couleur, le météorisme persista ; je remarquai plusieurs pétéchies vers la base de la poitrine, le délire était de plus en plus intense. Tel était l'état de la malade au dix-septième jour depuis ma dernière visite, lorsqu'elle eut spontanément des évacuations bilieuses extrêmement abondantes ; le lendemain tous les symptômes inquiétans avaient disparu ; la convalescence ne se fit pas long-temps attendre.

La crise qui avait si promptement et si heureusement terminé cette maladie grave était encore présente à mon esprit, lorsque je fus appelé à donner des soins au fils d'un professeur de la faculté de droit habitant l'école. Ce jeune homme, âgé de dix-neuf ans, d'une bonne constitution, mais ayant souffert l'été dernier d'une gastrite rebelle, quoique légère, à Paris depuis son enfance, éprouvait depuis plusieurs jours de la céphalalgie, de l'inappétence et un grand brisement dans tous les membres. Le malaise qu'il ressentait lui parut si extraordinaire qu'il annonça à une de ses parentes qu'il allait avoir la fièvre typhoïde, dont deux de ses camarades étaient morts la veille. Voici les symptômes qu'il m'offrit lorsque je le vis pour la première fois : grande prostration ; face légèrement jaunâtre, les yeux ternes et comme cendrés ; céphalalgie générale très-pénible ; somnolence ; tintemens d'oreille ; éblouissemens ; léger délire ; langue blanche ; nausées continuelles ; insensibilité de l'épigastre ; douleur vive à la pression de toute la région iliaque droite ; léger météorisme du ventre ; constipation ; urines rares extrêmement chargées ; pouls tendu, sans être vibrant, à quatre-vingt-dix ; peau chaude et sèche ; respiration fréquente, très-anxieuse. Je prescrivis une application de vingt sangsues sur la région iliaque droite, des cataplasmes émolliens, un lavement légèrement laxatif et des boissons délayantes.

Ces moyens dissipèrent en quelques jours les accidens du côté du ventre. Mais il n'en fut pas de même pour l'encéphale. La céphalalgie, le délire, l'anxiété, des soubresauts dans les tendons, un certain embarras de la parole, tels étaient les principaux symptômes qui chaque soir venaient renouveler mes inquiétudes, le cinquième jour, deux heures avant le paroxysme fébrile du soir (vers six heures), on appliqua sur les pieds un cataplasme assez fortement sinapisé qui produisit un effet remarquable. A partir de ce moment, les soubresauts des tendons et l'embarras de la parole disparurent ; le délire diminua ainsi que la céphalalgie ; le pouls devint souple et tomba à quatre-vingt. Jusqu'au septième jour le malade ne nous offrit plus que l'ensemble des lésions fonctionnelles que nos maîtres nous ont décrit sous le nom de fièvre muqueuse, sauf, toutefois, des épistaxis qui revenaient presque chaque jour.

Cependant, on devait craindre que des accidens plus graves ne reparussent pendant le second septenaire. Prenant en considération, la persistance de l'enduit blanchâtre qui recouvrait toute la langue, les nausées fréquentes qui avaient encore lieu, quoique le ventre fût presque indolent et assez souple, je conseillai le huitième jour au matin, et malgré la fièvre, quatre verres d'eau de Sedlitz (à deux onces) ; le malade eut dans la journée huit selles bilieuses, et le soir même, je constatai que la fièvre, qui très-certainement existait le matin à sept heures et demie, au moment de ma visite, avait entièrement cessé. Le surlendemain le malade prit quatre nouveaux verres d'eau de Sedlitz et depuis lors la convalescence, quoique longue et difficile, ne s'est pas démentie. Au moment où je parle, la santé de M. D... se consolide de plus en plus.

Pendant que je donnais des soins à l'élève en droit dont je viens de vous entretenir, je fus appelé en consultation auprès de M. C.... négociant (au Marais, rue de Poitou). M. C... habite Paris depuis long-temps et est âgée de trente-trois ans. J'appris de son médecin

ordinaire que depuis cinq jours le malade avait été atteint d'une gastro-entérite caractérisée par la rougeur de la langue sur ses bords et à sa pointe, par une douleur vive à l'épigastre et dans la région iliaque droite, par des nausées, par des selles liquides et par le météorisme du ventre. A ces symptômes se joignait une céphalalgie accablante, du délire, surtout pendant la nuit, de l'oppression et une anxiété des plus pénibles ; le malade éprouvait chaque jour trois paroxysmes de fièvre.

Soixante-dix sangsues avaient été appliquées en trois fois sur l'épigastre et sur la région iliaque droite, sans un soulagement notable. Le malade ne buvait qu'une décoction de racines de guimauve qu'il rejetait souvent par le vomissement. Des lavemens émolliens, des cataplasmes de farine de graine de lin complétaient le traitement.

Pensant que nous avions à traiter plus qu'une gastro-entérite, ou plutôt ne regardant les symptômes abdominaux que comme une partie de la maladie, persuadé que, dans ce cas, le système nerveux et probablement le sang avaient subi des modifications non moins importantes que la muqueuse digestive, je proposai ;

1° Des boissons délayantes prises à froid et dans lesquelles on ajouterait quelques cuillerées d'eau de Seltz si les vomissement se renouvelait ;

2° Des applications légèrement irritantes aux extrémités inférieures ;

3° Il fut en outre convenu que la plus grande surveillance serait exercée sur l'état de l'encéphale, et qu'au besoin on agirait directement sur cette partie.

Aussitôt que le malade eut remplacé la décoction de guimauve chaude par des boissons acidules et froides, les vomissemens cessèrent. Mais bientôt les amygdales se tuméfièrent en quelques heures, assez fortement pour exiger une nouvelle application de sangsues

Sous l'influence des boissons délayantes et de légers révulsifs constamment appliqués aux extrémités inférieures, la maladie resta stationnaire. Les jours suivans, quelques dispositions à la sueur s'étant manifestées ; elles furent favorisées par une boisson chaude et diaphorétique (une inf. de bourrache) ; ces sueurs fatiguèrent inutilement le malade. La bouche était mauvaise; les nausées reparaissaient ; le ventre continuait à être météorisé et sensible à la pression tant à l'épigastre que dans la région iliaque droite ; le malade n'allait à la garde-robe que par des lavemens ; la céphalalgie et un subdelirium très-fatigant ne cédaient pas. La fièvre, quoique peu intense, persistait à présenter des paroxysmes irréguliers. Dans ces circonstances, nous résolûmes d'avoir recours à l'eau de Sedlitz, qui, prise à huit heures du matin, fut suivie, dans la journée même, de la cessation de la fièvre et du commencement d'une convalescence qui demandera les plus grandes précautions. Je dirai, en passant, que dans ces sortes de maladies, même quand elles ont été entravées, arrêtées par une crise salutaire ou par un traitement heureux, la convalescence est toujours longue et difficile, aussi difficile que si elles eussent accompli toutes leurs périodes.

Les trois cas que je viens de rapporter ont ceci de commun, qu'une évacuation abondante, spontanée ou artificielle, ayant eu lieu, soit au commencement du troisième septénaire, soit au commencement du deuxième septénaire d'une fièvre grave, y a mis fin presque immédiatement. Vous penserez sans doute avec moi que dans un moment où on cite un si grand nombre d'insuccès, c'est un devoir de signaler un mode de traitement qui, quoique peu en harmonie avec certaines idées théoriques, a occasionné des résultats aussi prompts que favorables. Je sais qu'on pourra élever des doutes sur la question de savoir si les deux dernières observations sont des exemples de fièvre typhoïdes ; mais je sais aussi que, dans ces observations, on trouve la plupart des symptômes caractéristiques de la première période de la fièvre typhoïde, laquelle, on le sait, ne revêt souvent tous ses signes distinctifs que dans la deuxième ou la troisième période. Fallait-il attendre que la maladie fût complète pour l'arrêter dans sa marche ?

Est-il nécessaire de faire observer que le traitement que j'ai mis en usage, quoique analogue sous beaucoup de rapports à celui qui réussit si bien à M. Delarroque, en diffère cependant d'une manière frappante, puisque les malades atteints de fièvre typhoïde, et qui sont reçus dans le service de ce médecin, prennent, dès le début de la maladie, sans aucune préparation, sans aucune évacuation sanguine préalable, de l'eau de Sedlitz, dont l'usage est continué jusqu'à la cessation, ou du moins jusqu'à une diminution bien marquée des principaux symptômes ?

Je terminerai par une dernière remarque, qu'il faut bien répéter chaque jour, puisque chaque jour sa vérité est contestée par des hommes influens : c'est que la même maladie exige des remèdes différens ou même opposés, suivant la constitution médicale régnante.

JOURNAL

DE

LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

JUILLET 1835. (3e TRIMESTRE.)

MÉMOIRE

Sur l'association du physique et du moral, par F.-J.-V. Broussais, lu à l'Académie des sciences morales et politiques, les 16 et 23 août 1834.

(*Analyse.*)

On sait comment l'Institut (Académie des Sciences) accueillit, en 1808, le mémoire de Gall sur les fonctions du système nerveux. MM. les Académiciens, loin d'y découvrir les élémens d'une heureuse révolution dans la science de l'homme, n'y virent pas même une doctrine, un système digne d'attention, et l'on passa outre, comme si personne ne devait plus s'occuper de la nouvelle physiologie du cerveau.

Aujourd'hui c'est avec plus de chances de succès qu'un appel nouveau est fait à l'Institut; c'est à l'Académie des sciences morales et politiques que M. Broussais vient s'adresser, commandant, au nom de la science, l'attention à ses collègues : « L'Institut, leur dit-il, ne saurait désormais rester étranger au système de Gall : ce système doit lui être soumis, et c'est surtout à l'Académie des sciences morales et politiques qu'il appartient de l'approfondir, puisqu'il tend à modifier les méthodes diverses qui ont été proposées pour l'analyse des facultés de l'entendement. Il mérite encore cet honneur par l'influence qu'il serait appelé à exercer sur l'éducation et sur tous les systèmes d'améliorations relatifs aux établissemens de bienfaisance, si les faits sur lesquels il repose étaient définitivement constatés. » Voilà comment il parle dès le début, sur l'importance et l'utilité de la phrénologie ; voici comment il s'exprime à la fin sur le même sujet :

« La phrénologie a pour base aujourd'hui, non des tâtonnemens fugitifs de têtes, mais des collections qui se font sur le vivant comme sur le mort, par le secours de la moulure. Ces collections procurent l'avantage des comparaisons répétées ; elles gravent les faits dans la mémoire par la facilité qu'on a de revenir sans cesse et sans fatigue à l'observation ; elles rectifient impitoyablement les jugemens précipités, les généralisations prématurées, toutes les espèces d'erreur où pourrait entraîner l'esprit de système. Certes il faut que l'on y trouve des faits, puisque ces collections se répètent et se multiplient de jour en jour davantage ; et il n'est désormais au pouvoir d'aucune corporation savante, d'aucun esprit de coterie, d'aucun gouvernement, d'arrêter les progrès de la phrénologie, appuyée sur des collections immenses de cette nature. Elle marchera jusqu'à ce que l'observation ait retiré, des faits dont elle se compose, tout le fruit qu'ils peuvent produire, ou que leur stérilité soit bien démontrée. Si elle marche, comme nous pouvons le prévoir, la philosophie sera, de force, très-puissamment modifiée par elle : les lois ressentiront son influence ; les habitudes, les mœurs, les règles de l'économie sociale obéiront, jusqu'à un certain point, à ses lois. » p. 87.

Telle est l'allure franche de M. Broussais ; il n'a pas craint de venir proclamer en face de MM. les psychologistes des vérités qui leur déplaisent ; car qui ne connaît le dédain profond de ces messieurs pour tout ce qui est anatomie et physiologie, science de l'organisation. Les psychologistes nous voient tellement au-dessous d'eux, tellement enfoncés dans la matière, qu'ils ne croient pas de leur dignité de s'abaisser jusqu'à nous. Eh bien ! c'est à nous de nous élancer jusqu'aux nuages dans lesquels ils sont cachés ; c'est à nous de leur faire voir que nous comprenons, quand nous voulons nous donner la peine de l'approfondir, leur langage mystérieux, vague et énigmatique ; que nous savons ce qu'il renferme, que nous en apprécions, mieux que qui que ce soit, la valeur et l'importance ; et que c'est nous qui attaquons le fond des choses, tandis qu'ils s'épuisent en vaines logomachies. Mais il faut savoir parler leur langage, sans quoi ils auraient droit de nous accuser de ne les pas entendre.

Tel est le rôle dont se charge aujourd'hui M. Broussais.

Il prend la science du physique et du moral dans l'état où l'a laissée Cabanis.

Cabanis a rattaché les phénomènes du moral à l'action de la matière *organisée* et *vivante*. Considérant la sensibilité comme un phénomène purement physiologique, il a rapporté au cerveau les passions que l'on plaçait dans les viscères, tout en reconnaissant l'influence de ces derniers. C'est surtout l'influence de l'âge, du sexe, du tempérament, du climat, du régime, des exercices, du sommeil, de la veille, sur la sensibilité, les goûts, les passions, le jugement, etc., qu'il a

développée avec la supériorité du génie. Mais, élève de Locke et de Condillac, il n'a vu dans les phénomènes de l'entendement humain que la sensation transformée. C'est sur ce point que la doctrine du XVIIIe siècle prêtait à la critique; la phrénologie a fait justice de cette grave erreur en substituant l'observation à l'hypothèse. « Jusqu'alors, dit M. Broussais, la connaissance des corps et de leurs attributs, des changemens qu'ils éprouvent, ou des événemens, en un mot toutes les notions du monde dit extérieur, avaient été considérées par les philosophes comme un produit de l'action des sens extérieurs agissant sur le cerveau. On croyait que les sens fournissaient des représentations distinctes ou des images des objets, et l'on se figurait le cerveau en masse, élaborant ces images et les convertissant en idées (mot qui signifie encore *images*) qui servaient de matériaux à tous les phénomènes intellectuels dont cet organe était le siége, et même à tous les phénomènes affectifs; car, suivant les philosophes, les goûts, les penchans, les passions, n'étaient que des résultats du plaisir ou de la peine, de l'amour ou de l'aversion que les sensations faisaient naître dans le centre de perception, *sensorium commune*.

» Les uns expliquaient ces opérations par l'intervention d'un principe différent du système nerveux : la faculté d'abstraction surtout leur semblait nécessiter ce principe qui recevait le nom d'âme ou d'esprit; les autres croyaient pouvoir se passer d'explications. Il s'en est trouvé qui n'ont pu découvrir aucun rapport entre l'action de l'appareil nerveux et celle du principe dont il s'agit; ils n'y voyaient qu'une simple coïncidence. Mais tous pourtant sont tombés d'accord sur ce point, que les sens externes et la masse du cerveau, c'est-à-dire le cerveau tout entier, sont ou les instrumens matériels des phénomènes intellectuels, ou du moins les conditions nécessaires de leurs manifestations.

» Les phrénologistes, messieurs, ont dépassé ce dernier point de doctrine; ils indiquent des rapports constans entre les principales séries des phénomènes instinctifs, affectifs, intellectuels, et les diverses régions de l'appareil ou de l'ensemble cérébral. Car il ne s'agit pas d'éminences, ni de bosses saillantes à la superficie du cerveau, et qui seraient comme de petites loges servant de résidence à nos facultés : il s'agit d'une division de la masse entière de cet organe en différentes régions ou masses secondaires, dont chacune correspondrait à un phénomène instinctif, affectif ou intellectuel. Leurs prétentions n'iraient donc à rien moins qu'à établir des distinctions dans nos facultés, qui ne seraient pas arbitraires, qui seraient fondées sur une observation positive, mais qui ne se trouveraient pas en tout point d'accord avec celles qui ont été proposées par les idéologistes et les métaphysiciens les plus renommés. Ils tiennent beaucoup à bien déterminer la région du cerveau qui correspond à chaque faculté; c'est là leur principal objet. Quant aux explications, ils s'en abstiennent; ils se contentent d'affirmer que telle région de l'encéphale sert à la manifestation de tel phénomène intellectuel, instinctif, affectif, etc. Ils suivent donc en ce point la méthode de Bacon. » p. 7. 9.

Toutefois cette méthode, dont les sciences naturelles ont tiré et tirent encore un si grand parti dans la recherche des lois que manifestent les actions des corps les uns sur les autres, est aujourd'hui rejetée et proscrite par quelques philosophes, pour l'analyse et l'étude des facultés, que l'on ne peut connaître que par l'observation de soi-même, par une contemplation interne dont la condition première est l'entier isolement du monde extérieur.

Telle est, en effet, la principale objection que les psychologistes adressent à la phrénologie. Il était donc nécessaire que la phrénologie abordât cette question du *moi*, qu'elle analysât et réduisît à sa juste valeur la science psychologique du *moi*, et qu'elle mît en parallèle celle que procure la méthode phrénologique. C'est ici que brille la critique lucide de M. Broussais, et qu'éclate sa puissance de logique.

« L'observation intérieure, dit-il, p. 11, ou celle de nos phénomènes de pensée et de sentiment, n'est rien, si elle n'est éclairée, déterminée, spécialisée par celle du monde extérieur que nous procurent nos sens; notre *moi* n'est senti, n'est perçu que par son opposition avec le *non-moi*. Il est donc impossible qu'aucun psychologiste nous fasse voir des *moi* isolés de toute perception extérieure, des *moi* purs et simples. Il n'en existe pour personne, et les faits que nous révèle l'observation de notre pensée sont aussi bien le fruit des impressions faites sur les sens, que le fruit de la réduplication de la pensée sur elle-même. Quelques penseurs croient s'isoler du monde extérieur en s'écoutant penser; ils se trompent, ils ne font que se procurer des sentimens extraordinaires que les autres n'éprouvent pas, mais qui ne sont des faits qu'à titre de sentimens, et que d'ailleurs eux-mêmes ne pourraient éprouver, s'ils n'avaient pour point de comparaison les impressions qui ont été faites sur les sens.

» Si donc on veut éclairer la marche de la philosophie, il faut que chaque philosophe fasse marcher de front l'observation de lui-même adulte, bien conformé, sain et initié aux connaissances, tel, en un mot, qu'il est lui-même, lorsqu'il aborde ces questions, avec l'observation de son semblable, faite depuis le germe embryonnaire jusqu'à l'état de parfait développement. Il faut de plus qu'il tienne compte de tous les états anormaux, de toutes les mutilations innées ou accidentelles, et des différens dégrés, et des différens modes d'éducation et d'instruction de tout genre dont est susceptible l'homme, objet principal de ses méditations. Le philosophe peut *rêver*, *délirer*, en s'enfonçant dans lui-même; car il se procure ainsi des sentimens qui n'ont point de modèles hors de lui, qui varient dans chaque rêveur, et dont aucune expression ne peut donner l'idée à ceux qui ne les ont point éprouvés. Il faut donc que ces découvertes, que l'homme méditatif croit faire en lui, soient vérifiées par d'autres hommes, et puissent être mises à la portée de tous ceux qui jouissent de la raison. »

Quoi de plus propre à faire tomber les prétentions des psychologistes que ces observations d'une parfaite justesse! Il est impossible de ne pas les comprendre, il est impossible de n'y pas donner son assentiment. Il faut donc à toute force que les psychologistes s'exécutent et se fassent physiologistes pour oser aborder la question du *moi* dans un but d'utilité réelle. Les voilà donc arrachés de ce sanctuaire de leur conscience où ils se croyaient inattaquables. Il nous semble que c'est un pas immense. Mais ce n'était pas tout, il fallait montrer à quoi se réduisent les prétendues découvertes qu'ils croient faire en eux mêmes.

« Quelques psychologistes ont paru croire que cette observation intérieure ou ce fait de conscience a le privilège de nous révéler, par le moyen de la volonté, des forces dont, sans elle, nous n'aurions nulle idée.

» De quelles forces veut-on parler? La plus puissante de toutes les forces motrices, celle des impondérables, nous est révélée par les sens; l'idée d'une cause suprême qui a tant produit et qui maintient tout, est une induction que nous tirons de la comparaison de nous-mêmes avec ce qui n'est pas nous. M. Cousin fait remarquer qu'un dieu fait à notre image serait un dieu peu digne de l'idée qu'on doit se faire de la divinité. Il rapporte cette notion, avec toutes celles qui concernent les causes extérieures, à la faculté de connaître, qui ne saurait se confondre avec le sentiment personnel. En attendant que nous fassions connaître notre opinion sur cette étonnante faculté, ajoutons que la notion de Dieu n'existe ni chez l'aveugle-sourd de naissance, ni chez l'enfant nouveau-né; elle ne nous vient qu'avec la connaissance du monde extérieur, et le polythéisme et les mythes des premiers âges du monde prouvent assez qu'il a fallu beaucoup d'observations et de raisonnemens pour l'amener au point où nous la trouvons aujourd'hui. Gaspard Hauser, qui ne l'avait point reçue dans son enfance, ne la saisit qu'à force d'observations et d'intuitions auxquelles on le força long-temps de se livrer. Bien d'autres preuves viendraient à l'appui de celle-là; car plusieurs peuplades sauvages ne se sont pas élevées à l'idée d'un dieu unique. Mais ces preuves sont inutiles. Jamais l'idée d'une force suprême et unique n'est sortie d'un cerveau que les sens n'ont point ébranlé; jamais personne n'en a trouvé le modèle dans une puissance résidant en lui, indépendamment de toute sensation extérieure, comme l'ont soutenu certains psychologistes.

» Quant à la production des actes qu'on veut dériver immédiatement d'un *moi* immatériel, rien ne prouve qu'un cerveau ait jamais agi sur des muscles, s'il n'y était excité soit par des stimulations venues des sens externes ou des sens internes, soit par l'exercice des facultés instinctives, affectives ou intellectuelles, qui remonte à la même origine, soit enfin par un état maladif de sa propre substance (folie, délire, hypochondrie).... Nous pouvons bien nous figurer, dans notre ignorance, que c'est notre vouloir, indépendant de toute matière, qui dirige nos pensées et fait mouvoir nos muscles, mais c'est une grave erreur que l'observation rectifie : si notre organe de la pensée et notre organe du vouloir sont malades, nous ne pensons plus, nous ne voulons plus.

» C'est donc par ignorance que le vouloir s'isole des organes, et si, lorsqu'on est instruit de ces faits, qu'aucun savant ne peut désormais ignorer, on persiste à l'isoler encore de la matière, on ne fait plus que jouer sur le mot volonté, le réalisant et le prenant dans un sens qu'il ne peut avoir. Alors, au lieu d'avancer, on recule vers les siècles d'ignorance. Affecter de mépriser les notions procurées par les sens, pour leur préférer, sur la même question, le témoignage de la conscience, lorsque les sens l'ont récusé, et qu'ils en ont démontré la fausseté, c'est annuler une foule de connaissances que nous leur devons, surtout dans les sciences physiques; en un mot, c'est rétrograder. »

La volonté dirigeant l'attention, la pensée et le mouvement musculaire, est un phénomène nerveux complexe, qui se rapporte aux différentes fonctions du cerveau et des nerfs, et le sentiment du moi, qui s'y rattache ordinairement, s'en isole cependant dans un certain nombre de cas; d'où il suit qu'il ne saurait être considéré comme le principe sentant par excellence, ni comme le principe voulant et exécutant des séries d'actions soit intérieures, soit extérieures. Non seulement le sentiment du moi n'existe pas dans l'embryon et dans une foule de maladies; il est encore sujet à l'aberration lorsqu'il est présent : des fous, des malades se croient doubles, multiples, d'un autre sexe, changés en animaux, en corps bruts; d'autres ne se reconnaissent pas et disent qu'ils ne sont plus la personne d'autrefois, etc., etc.

« On veut que toute la personne consiste dans un *moi* dont les attributs essentiels sont d'être libre et maître des pensées comme des actions : c'est une singulière méthode que celle d'abstraire le *moi* des personnes adultes, saines et de sang-froid, pour en faire le type des *moi* de tous les hommes. C'est comme si l'on abstrayait la santé, la vigueur, l'état adulte, celui de veille, et qu'ensuite on assurât que tous les hommes en jouissent également.

» Quant à l'existence *virtuelle* du *moi*, dans les cas où il n'apparaît pas, c'est une explication vide de sens : où est-il alors, où réside-t-il, qu'est-il devenu? Si rien ne manifeste sa présence, comment dites-vous qu'il existe?

» Si vous faites du *moi* le souverain arbitre de toutes nos pensées, de tous nos désirs, de toutes nos actions, par l'unique raison que, dans la profonde ignorance de ce qui le modifie, il ose s'abstraire des organes sans qu'il se soit fait voir à vos yeux, tantôt isolé d'eux, pour vous prouver son immatérialité, tantôt uni à eux, et alors les faisant toujours mouvoir à son gré pour vous montrer sa toute-puissance, ou vous personnifiez un signe, un mot, ou vous faites l'apothéose d'une des nombreuses manières d'être de l'appareil nerveux cérébral au détriment de toutes les autres.

» D'autre part, puisque le principe d'action volontaire que l'on confond à tort, comme nous l'avons vu,

avec le sentiment du *moi*, décline toute compétence de la part de l'extérieur, par l'organe de certains psychologistes, pour juger ses prétentions à la priorité d'existence, qu'il nous dise s'il s'est jamais senti indépendant de l'organisme; puisqu'il s'érige en cause unique de tout phénomène intellectuel et moral, qu'il en produise indépendamment de toute condition physique. S'il ne peut ni l'un ni l'autre, qu'il se laisse ranger sur la ligne des autres phénomènes que manifeste l'action du système nerveux. Action qu'on peut très-bien constater sans l'expliquer. »

Quant aux questions du beau et du laid, du sublime et du bas, du bien et du mal, etc., elles ne prouvent pas davantage l'indépendance du *moi* : d'abord le *moi* y est souvent étranger; en second lieu, les sentimens que ces mots expriment varient comme l'organisation cérébrale : « Chacun sait combien le goût diffère dans tous les arts, et quoique la vraie morale soit toujours la même, lorsque le silence des passions lui permet de se manifester, il n'en est pas moins vrai que l'influence de celles-ci, qui dépendent des impulsions internes, la modifie dans certaines positions sociales et semble quelquefois l'anéantir. Il y a du désaccord entre les peuples sauvages et les civilisés, sur la rapine, sur le meurtre par surprise, pour motif de spoliation et de vengeance. Des crimes plus atroces trouvent des apologistes par conviction, dans nos bagnes. C'est quelquefois sans scrupule que le vainqueur dépouille le vaincu, qu'un général affame une place assiégée, qu'il abandonne au massacre les troupes qui lui sont confiées. Voyez la morale des princes dans Machiavel. Les considérations du droit d'hérédité, et même du bien public, autorisent des injustices, des crimes, et les apologistes ne manquent jamais. Toutes ces fausses doctrines triomphent au nom de la morale et même de la vertu.

Il en est de même des jugemens que nous portons sur toutes les actions, et même en littérature, et qui varient à l'infini; le *moi* seul ne saurait expliquer toutes ces différences; l'organisation l'entraîne, et cette organisation n'agit qu'en vertu des sensations provenant du monde extérieur qui l'ont mise en jeu.

L'homme a beau concentrer toutes ses forces réflectives sur lui-même pour étudier les différens caractères, les différentes passions de l'homme, il n'a idée que de lui-même. Le penseur froid et impassible ne comprend pas l'homme vif et emporté, l'avare ne comprend pas le prodigue. « L'homme spéculatif, qui ne se nourrit que de conceptions abstraites, voudrait nous persuader qu'elles sont naturelles à tous les hommes, et qu'il ne leur manque que l'exercice pour les développer. Il se trompe, et même beaucoup : jamais l'homme organisé pour l'observation des faits ne comprendra celui qui prend les mots pour les choses qu'ils doivent représenter. « L'observation du *moi* entraîne donc comme une nécessité celle du *non-moi*. » C'est donc pour se comparer avec les autres hommes adultes, sains et élevés comme lui dans une société civilisée, que l'homme qui poursuit l'analyse de l'entendement humain doit s'observer et rentrer souvent dans son intérieur; mais hâtons-nous d'ajouter qu'il ne puisera là que l'idée du modèle qu'il aura observé; par conséquent, si c'est tout l'homme possible qu'il veut connaître et connaître à fond, il a besoin de l'histoire, de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie, et même de la zoologie, comme nous nous proposons de le démontrer plus tard.

» Maine de Biran prétend qu'il y a deux natures dans l'homme, l'une sensitive, l'autre intellectuelle; la première, ayant son siége dans le système nerveux et pour théâtre l'imagination; la deuxième agissant sur l'imagination *par les signes dont elle dispose*, et de là par contre-coup sur le système nerveux. Mais qu'est-ce que des images accumulées on ne sait où, non pas dans le cerveau, mais dans l'imagination? Qu'est-ce que des signes venant de l'âme et pouvant agir sur la nature du cerveau? Qu'est-ce que tout cela? Sont-ce des choses réelles ou bien des mots?

» Ce qu'il y a de réel ce sont les faits suivans : un système nerveux et les phénomènes dont il est le siége, le sentiment du *moi*, la perception des corps, les impulsions qui s'ensuivent en nous, les actions qui en résultent; tous faits qui sont des modifications de notre système nerveux; phénomènes qui doivent être étudiés encore long-temps avant que l'on puisse leur imposer une classification, mais qui ne peuvent l'être fructueusement qu'en suivant la méthode phrénologique. »

Tel est le résumé des argumens pressans par lesquels M. Broussais ruine de fond en comble la science psychologique du *moi*, dans laquelle certains orateurs s'étaient efforcés, dans ces derniers temps, d'absorber toute la philosophie de l'entendement humain. Voici maintenant comment il aborde cette même question du *moi* avec les données phrénologiques.

» Le sentiment du *moi* dépend de l'existence d'une certaine portion du cerveau (la partie antérieure-supérieure) et des relations avec le monde extérieur; c'est le résultat de l'action de plusieurs organes, et la preuve de cette vérité se trouve dans différens degrés d'idiotisme correspondant à des degrés analogues de développement de la partie antérieure du cerveau. La même dégradation de l'intelligence et du sentiment du moi se retrouve, chez l'homme complet, par suite de maladie de cet encéphale même.

» Que faut-il donc de plus pour assujettir le *moi* à la matière? Par quelles subtilités, par quelles réalisations de mots ou de signes éludera-t-on le témoignage de ces faits? Je dis plus, que devient, en leur présence, le monde intérieur des psychologistes.

» Puisque la faiblesse de l'intelligence est susceptible d'une foule de degrés, depuis l'homme qui répugne à s'occuper des idées abstraites, jusqu'à l'idiot, ce serait une grande erreur de croire qu'aussitôt qu'un homme n'est pas idiot, il possède virtuellement le jugement et la raison au plus haut degré. C'est pourtant la supposition que semblent faire les philosophes, lorsqu'ils considèrent le cerveau en général, qu'il soit grand ou petit, prédominant en avant, en arrière, au

sommet ou vers les côtés, comme l'instrument de l'âme, de l'esprit, de la raison et du *moi*. Cette entité une fois placée en nous, ils en font le souverain arbitre de nos pensées et de nos actions, dont les sens, les sens seuls lui fournissent les matériaux tout fermés ; ils ne la graduent point, cette entité, ils la fractionnent encore moins ; ils la placent sur un trône où elle reçoit, entend et juge les rapports des sens ; puis ils la font se déterminer à l'action suivant son éducation, ses habitudes ou même son caprice. Ils se contentent de lui permettre de délibérer, lorsqu'elle a été convenablement instruite sur les conséquences de ce qu'elle va faire; mais c'est en elle, en elle seule, qu'ils placent les sentimens de plaisir ou de peine, qu'elle met en balance avec les conséquences probables de ses œuvres. C'est évidemment placer un homme dans un autre homme, et ce n'est pas distinguer et comparer des phénomènes instinctifs, affectifs et intellectuels, tels qu'ils se manifestent aux sens de l'observateur.

» Nous avons dit que les physiologistes qui s'intitulent phrénologistes, soutiennent au contraire que les notions du monde appelé extérieur, la perception des qualités physiques ou des attributs des corps, leurs formes, leurs dimensions, leur consistance, leur couleur, leurs positions respectives ou leur arrangement, les sons qu'ils font entendre, leur existence même comme choses distinctes les unes des autres, leur histoire ou les changemens auxquels ils sont sujets, supposent l'existence d'organes divers différens de celui du *moi*. En effet, ces facultés correspondent à la partie inférieure du front, tandis que le *moi* et les hautes facultés intellectuelles se trouvent en rapport avec la partie supérieure, etc., etc. »

C'est ainsi que l'auteur est conduit de la question du *moi* à l'exposition de la doctrine de Gall et de Spurzheim. Si nous avons analysé longuement cette partie de son mémoire, c'est qu'elle nous paraît traitée sous un point de vue original et nouveau; c'est que dans aucun ouvrage, à notre connaissance, ce contact de la phrénologie avec la philosophie n'a été développé, et que ce plaidoyer de M. Broussais est remarquable non moins par la lucidité d'exposition que par l'enchaînement rigoureux des preuves ; nous regrettons même de n'avoir pu l'insérer tout entier, car il perd beaucoup à être résumé, et nous renvoyons le lecteur sérieux à l'ouvrage même.

Nous ne suivrons pas le professeur dans l'exposition détaillée du système phénologique; elle est généralement conforme à celle de Spurzheim ; nous noterons seulement quelques vues particulières de M. Broussais. Ainsi il fait voir que les facultés de connaître l'extérieur et de le modifier, les facultés réflectives, de même que les instincts destinés à la conservation de l'espèce et de l'individu, et les sentimens moraux relatifs à l'ordre social, sont, non pas des *moi* modifiés, mais le résultat de l'action des différens organes du cerveau.

La prédominance de volume des régions consacrées aux instincts sur celles de l'intelligence, lui sert à expliquer pourquoi la multitude obéit plutôt à ses instincts et à ses sentimens qu'à la raison.

M. Broussais s'est convaincu, par expérience, de la réalité de l'existence de la plupart des organes indiqués par Gall et Spurzheim. Cependant il doute quelquefois, attendant le résultat d'une observation plus étendue, et avouant d'ailleurs que la classification adoptée par les phrénologistes ne lui semble pas définitive.

Il émet, sur l'organe de la bienveillance, des idées que nous nous faisons un devoir de rapporter, parce qu'elles sont neuves et probablement fondées.

» Toutes les personnes auxquelles on démontre, pour la première fois, la phrénologie, s'étonnent de ces singuliers rapports (1), et ne sont pas moins surprises de la distance qui sépare la bienveillance de l'amitié, que les phrénologistes ont placée à la région postérieure de la tête. Ceux-ci répondent peu de chose, ils se contentent de s'en référer à l'observation. Peut-être n'ai-je pas assez multiplié les observations pour que mon opinion ait quelque poids dans cette question ; mais il me semble que le sentiment affectueux qui répond à la partie postérieure s'adresse particulièrement à l'espèce humaine, tandis que celui de l'antérieur est général ; je présume que ce dernier embrasse les animaux, tous les êtres vivans, et qu'il inspire la répugnance pour la destruction en tout genre. En un mot, c'est la bonté, la répugnance à faire le mal ; et si ce sentiment coïncide avec celui de l'association, c'est la commisération pour tout ce qui souffre; sentiment mixte qu'on peut très-bien concevoir comme différent de celui qui nous porte à vivre en société avec nos semblables, et qui se spécialise pour quelques-uns par l'amitié. »

M. Broussais a encore remarqué, relativement à l'organe de l'espérance, qu'il est très-déprimé chez les jeunes soldats nostalgiques, pendant que l'amitié et l'amour du domicile sont fort saillans. Il ajoute toujours, par rapport au même organe, qu'il manque d'ordinaire chez ceux que d'autres impulsions organiques, comme l'excès de circonspection et des souffrances intérieures, portent au suicide.

« Associé avec le sentiment du merveilleux, dit-il encore, celui de l'espérance inspire le goût des projets extraordinaires, des châteaux en Espagne, des brillantes chimères, des fantômes de bonheur dont il procure la jouissance anticipée. Si l'instinct de propriété lui donne une direction différente, dont les effets ne sont point corrigés par d'autres facultés, l'organe de l'espérance produit la fureur du jeu, lorsque les circonstances favorisent l'essor qu'il tend à prendre dans cette direction. Quant à moi, je l'ai constamment rencontré chez les joueurs de profession, sinon toujours avec la passion de posséder, au moins avec le goût des chimères. »

On lira encore avec intérêt les lignes suivantes de

(1) Rapport de situation entre l'organe de la mimique et celui de la bienveillance.

notre auteur sur les organes de l'estime de soi et de l'amour de l'approbation :

« Il me semble que si l'estime de soi n'est pas très-prononcée, l'amour de l'approbation nous rend timides et nuit beaucoup au développement de nos moyens, quand il s'agit de les déployer devant les hommes qui nous inspirent du respect et que nous regardons comme supérieurs à nous sous plusieurs rapports. Ainsi, le sentiment de la honte, si tyrannique dans certaines organisations, doit s'y rattacher. Pour être hardi parleur, entreprenant, audacieux et imperturbable dans ses projets, l'homme a besoin d'être poussé par une haute estime de lui-même et par la fermeté, et de n'être que faiblement retenu par le besoin de l'estime des autres. J.-J. Rousseau nous offre un modèle de l'organisation opposée. Il ne jouissait de ses grands moyens que dans la solitude ou le silence du cabinet ; la crainte de paraître déplacé ou ridicule le rendait embarrassé, timide, et en faisait un être presque nul dans la société. Jamais il ne serait devenu un professeur distingué, ni un orateur de tribune. Son buste, d'après Houdon (1), correspond parfaitement à ces qualités morales. L'organe de l'approbation y prédomine d'une manière très-remarquable et l'emporte sur celui de la propre estime. »

Nous rapporterons encore quelque chose de ce que dit M. Broussais des organes de la vénération et du merveilleux.

« . . . L'idée d'un dieu, unie à la conviction de son existence, est le chef-d'œuvre de nos facultés intellectuelles, d'observation d'abord, et surtout de réflexion. L'histoire témoigne des difficultés qu'elle a trouvées à se propager et à devenir populaire. Il existe même encore des intelligences qui ne peuvent pas la saisir, ou qui ne la retiennent pas assez forte pour qu'elle puisse influer sur leurs actions. Mais le respect pour ce dieu, la tendance incessante à la vénération sont autre chose. Cela tient à une impulsion instinctive vers la *vénération*, qui est un des plus beaux attributs de l'espèce humaine. Cette impulsion, qu'on appelle aussi *sentiment religieux*, ne s'applique pas seulement à Dieu ; elle se dirige sur tout ce qui nous paraît grand, élevé, majestueux dans la nature, aussi bien que chez nos semblables ; elle s'applique à nos parens, nos princes, à nos maîtres, aux grands hommes, au spectacle de la nature, du ciel ; en un mot, l'impulsion religieuse ou la vénération est plus ou moins bien appliquée, suivant notre éducation, nos habitudes, l'exemple, et surtout suivant le degré d'intelligence et de jugement dont nous sommes doués.

« L'instinct de la vénération est au sommet et à la partie moyenne de la tête. Cette impulsion vénérante ne doit pas être confondue avec celle qui nous fait nous complaire dans l'extraordinaire, et qui nous fait croire aux prodiges. Celle-ci dépend de l'organe des *illusions*, suivant les phrénologistes, et détermine une saillie aux régions supérieures et latérales antérieures de la tête, entre l'idéalité et l'instinct d'imitation. Peut-être est-elle complexe et par conséquent susceptible de divisions ; mais il est bien certain qu'elle existe, que nous lui devons le penchant pour les spectacles brillans, pour les appareils imposans, pour toutes les scènes extraordinaires, et cet attendrissement, ce trouble vague qui fait le charme de nos premières années. Quelques phrénologistes lui rapportent aussi cette modification morale que l'on appelle *étonnement*, et qui, pour le certain, n'est pas un produit de l'intelligence. Le sentiment du merveilleux prédomine dans le jeune âge, et chez les femmes surtout ; il est favorisé par l'ignorance et s'affaiblit avec l'âge, qui donne d'autant plus de prépondérance au jugement que nous l'exerçons sans cesse sur ce que nous apprenons en vieillissant.

« Associée avec la vénération et placée dans une tête où la raison est faible et l'instruction mauvaise ou presque nulle, cette impulsion explique les visions et les transports des ascétiques et des enthousiastes de toutes les sectes religieuses. Joignez-y les effets de l'impulsion vers la colère et la destruction, dont les organes sont placés circulairement au-dessus des oreilles, toutes les cruautés, toutes les horreurs du fanatisme seront expliquées, disent les phrénologistes. Mais qu'on se garde bien, je le répète à dessein, de confondre toutes ces tristes aberrations de l'homme social, d'une part, avec l'idée sublime d'une puissance créatrice et conservatrice ; de l'autre, avec le beau sentiment qui nous porte à vénérer, et qui, sans contredit, est un des plus éminemment distinctifs de l'espèce humaine. »

Avant de finir ce chapitre d'exposition du système phrénologique, M. Broussais fait encore une fois observer que les facultés appelées *sentimens moraux*, sont, comme les *instincts*, des impulsions aveugles ; qu'ils tiennent à des impulsions organiques, ainsi que ceux des premiers besoins ; qu'ils partent, comme ces impressions, de la matière cérébrale et qu'ils sont assujettis aux mêmes lois ; aussi les nomme-t-il des *instincts moraux*.

Il consacre le chapitre suivant à faire comprendre les avantages et la nécessité de la phrénologie comparée dans la question du physique et du moral ; car les animaux ont aussi, non-seulement des instincts analogues aux nôtres, mais encore une intelligence quelquefois admirable.

Enfin, il termine par quelques considérations sur le sommeil, les rêves et le somnambulisme, dernière ressource des psychologistes, et réfute l'explication qu'en donne M. Maine de Biran, explication qui suppose dans l'homme deux natures, l'une active, qui préside aux pensées et aux actes de l'éveillé ; l'autre passive, qui s'empare du rôle de la première pendant son absence. Il ne lui est pas difficile de prouver qu'il y a dans le sommeil incomplet, dans les rêves et le somnambulisme, des impressions, des sensations et des mouvemens, par conséquent persistance de l'activité de certains sens ou de certains organes cérébraux. Dès lors la nature

(1) Par suite d'une faute typographique le mémoire porte Oudot au lieu de Houdon.

passive de Maine de Biran n'est plus qu'une hypothèse vaine et contraire à l'observation. « L'encéphale, dit M. Broussais, doit se reposer durant le sommeil, en agissant moins ; mais il agit toujours et même assez fortement sur les viscères. La portion de cet appareil qui perd le plus de son activité est celle qui correspond aux sens ; c'est aussi celle qui souffre le plus d'excitation pendant la veille. Les portions qui président aux impulsions internes et à la pensée se reposent moins, et lorsqu'elles conservent de l'activité, elles en ont d'autant plus que celle des sensations en a moins. »

Tel est le sommaire du mémoire que M. Broussais vient de lire à l'Institut, et qui doit faire époque. Le gant est jeté ; il faut maintenant que les psychologistes le ramassent. On vient de leur prouver que leur science est nécessairement incomplète, puisqu'ils n'y font pas entrer les matériaux nécessaires à sa formation ; qu'elle est le plus souvent hypothétique, tenant plus du roman que de la science, et que le seul moyen de lui donner une base solide et d'en assurer la construction est de mettre à contribution les connaissances phrénologiques. L'attaque est vigoureuse ; nous verrons ce que sera la défense.

Réponse au mémoire de M. Leuret, sur la configuration du cerveau chez l'homme et chez les mammifères, lu à l'Académie de Médecine, le 7 mars 1835 ; par M. le docteur Bailly, de Blois.

Le docteur Gall disait très-souvent que les adversaires de la phrénologie ne lui avaient jamais fait d'objections aussi sérieuses que celles qu'il s'était faites lui-même, et que telles difficultés qu'on lui avait opposées comme nouvelles, avaient déjà été conçues par lui-même, et victorieusement combattues bien des années avant que ses adversaires eussent songé à les lui présenter. Il disait aussi qu'il connaissait beaucoup mieux que ses antagonistes les parties faibles de sa doctrine.

On conçoit que cela devait être ainsi. En effet, pour être phrénologiste, ou plutôt pour être en état d'avoir une opinion sur la phrénologie, il faut, pour première condition, l'avoir au moins étudiée, et en avoir fait l'objet de méditations suivies et de recherches consciencieuses ; or, c'est ce que n'a jamais fait aucun des adversaires de cette science. Aussi n'est-il jamais arrivé à l'un d'eux de concevoir où se trouvent les véritables limites et les véritables difficultés d'une science qu'ils ont à peine effleurée. Un phrénologiste instruit, qui voudrait pour un instant jouer le rôle de critique, trouverait une foule de points obscurs auxquels ceux ci n'ont jamais été en état de penser. Pour critiquer une science, il faut commencer par la bien connaître, et celui qui connaît bien la phrénologie ne peut plus en être l'adversaire.

Ces réflexions sont parfaitement applicables aux prétendues objections de M. Leuret. Ces objections s'adressent à toute autre science qu'à la phrénologie ; car à coup sûr il n'y a rien ni dans les écrits de Gall ni dans ceux de Spurzheim, qui puisse justifier les méprises de notre critique dans le singulier ouvrage qu'il a lu à l'Académie de médecine.

M. Leuret commence ainsi son mémoire (1) :

« Long-temps les anatomistes ont cru, et beaucoup » d'entre eux croient encore, qu'il n'y a rien de régu- » lier dans le nombre et la direction des circonvolu- » tions cérébrales de l'homme, et parmi les encéphalo- » tomistes eux-mêmes, un seul auteur, Rolando, s'est » attaché à les décrire et à les figurer exactement. » Celles des animaux ont été bien moins étudiées en- » core ; Gall, qui du reste a fait dessiner beaucoup » plus de crânes que de cerveaux, tout en assignant » aux circonvolutions des fonctions très-distinctes, en a » singulièrement négligé l'étude anatomique. »

M. Leuret distribue ensuite à droite et à gauche, et comme en passant, quelques légers coups de fouet à deux ou trois anatomistes qu'il taxe d'inexactitude et d'incorrection, et accuse le plus exact d'entre tous, d'après son dire, M. Tiedemann, de n'avoir pas su tirer de la représentation fidèle du cerveau des mammifères les inductions auxquelles l'ont conduit, lui, M. Leuret, des recherches plus approfondies.

Nous allons voir quelles sont les inductions de M. Leuret, et en quoi consistent ses recherches plus approfondies.

Nous avons cité textuellement les paroles de M. Leuret, et nous avons vu qu'il avait accusé Gall *d'avoir singulièrement négligé l'étude anatomique des circonvolutions.* Si les ouvrages de Gall et les dessins admirables qui en font partie n'étaient pas là pour répondre à cette inconcevable accusation, nous pourrions invoquer les souvenirs et les connaissances anatomiques de plusieurs milliers de médecins de tous les pays qui, pendant plus de vingt ans, ont appris, dans les cours de ce grand physiologiste, l'anatomie la plus exacte et la plus rationnelle qui ait jamais été connue, des circonvolutions cérébrales. Je puis affirmer, sans crainte d'être démenti, que jamais avant Gall les anatomistes n'ont eu la plus légère idée de la véritable structure des circonvolutions. Ce point de fait a été avoué par M. Cuvier lui-même, qu'on n'accusera sans doute pas de trop de partialité en faveur des travaux de Gall. M. Leuret ne les connaît donc pas ? Mais ceci nous importe fort peu ; car que peut-on répondre à une proposition aussi générale ?

M. Leuret procède ensuite à la description de l'apparence extérieure des circonvolutions chez quelques animaux. Je ne sais si c'est là ce qu'il appelle *leur étude anatomique ;* je ne sais s'il donne tout ce qu'il en dit comme autant de découvertes ou de faits nouveaux bien importans ; mais à coup sûr ce ne sera pas à des phrénologistes qu'il pourra avoir la prétention d'apprendre que tous les cerveaux des animaux mammifères sont composés de deux hémisphères, dont la symétrie est d'autant plus exacte que ces animaux sont placés plus bas dans l'échelle animale.

Le docteur Gall, pour qui cette symétrie était un

---

(1) Voir ce mémoire dans la *Gazette Médicale*, T. 32, de l'Encycl. I, p. 172.

fait résultant de ses recherches anatomiques et de sa manière de rattacher la physiologie à la structure des organes, se servait ordinairement de plusieurs cerveaux en cire, d'animaux inférieurs pour en faire la démonstration. Voici ensuite de quelle manière il expliquait comment, chez l'homme et quelques animaux assez rapprochés de lui, cette symétrie se conservait dans les parties essentielles, bien que quelques apparences contraires semblassent la détruire : « Les hémisphères cérébraux consistent dans l'épanouissement de fibres nerveuses qui, venues de différens points, se réunissent enfin pour former une membrane qui est le véritable siége des facultés intellectuelles et des instincts ; cette membrane, peu étendue chez les animaux d'un ordre inférieur, se replie d'une manière assez régulière, et forme, par ces replis, des circonvolutions assez symétriques de chaque côté; mais à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale, comme cette membrane nerveuse paraît avoir des dimensions relativement plus grandes, par rapport à la cavité du crâne, que dans les animaux où le cerveau est moins développé, elle se plisse d'autant plus que le cerveau est plus composé. C'est ainsi que les divisions et les subdivisions des plis sont extrêmement nombreuses dans les grands animaux, tels que les grands singes, le lion, le dauphin, l'éléphant, et enfin dans l'homme. »

Je ne veux pas dire pour cela que le nombre des plis est d'autant plus grand que le cerveau est plus volumineux, car ce fait n'est pas constant; mais il est vrai, en général, bien qu'il présente quelques exceptions. Il y a toujours symétrie en ce sens que, si on pouvait déplisser complètement chaque hémisphère, et si l'on pouvait le diviser mécaniquement en autant de parties qu'il y a d'organes distincts, chaque côté serait parfaitement semblable à l'autre. Il y a bien encore symétrie quand on ne considère que les principales circonvolutions; mais cette symétrie disparaît si on veut la rechercher dans les divisions secondaires ou tertiaires de ces mêmes circonvolutions chez les grands animaux.

On conçoit du reste que cette recherche n'a aucune espèce de valeur scientifique, car il importe fort peu qu'une membrane nerveuse, dont toutes les propriétés dépendent de sa structure intime, soit plissée dans un sens ou dans un autre; il importe fort peu, dès qu'il y a égalité d'organisation et de surface à gauche et à droite, que cette surface soit ondulée d'une manière ou d'une autre. Pour la physiologie cérébrale il suffit que chaque organe cérébral soit toujours placé derrière la même portion du crâne, et que son développement puisse toujours être apprécié par l'inspection de cette région, et c'est en effet ce qui a lieu dans tous les cas indiqués par la phrénologie.

Au reste, le docteur Gall a fait connaître sur le cerveau des vertébrés de toutes les classes, sur la symétrie de leurs circonvolutions chez les petits animaux, sur leur irrégularité apparente dans les grands animaux, tout ce qui pouvait avoir une valeur physiologique, et je ne sache pas que depuis lui on ait publié sur ce point un seul fait nouveau de quelqu'intérêt

Je ne parlerai donc pas de la peine que s'est donnée si gratuitement M. Leuret de décrire la forme et la marche des circonvolutions cérébrales de quelques animaux. Ces sortes de descriptions exigent, pour être bien comprises, que le lecteur ait sous les yeux des cerveaux ou des figures bien faites ; et d'ailleurs, pour un adversaire de la phrénologie, un tel travail n'a pas plus de valeur que n'en aurait la description minutieuse des circonvolutions intestinales.

Nous ne parlerons que du parti qu'en tire M. Leuret; nous verrons par là quelle est son instruction en fait de phrénologie.

Après avoir décrit, ainsi que nous venons de le dire, ce qu'il y a d'apparent et d'extérieur dans les hémisphères cérébraux, M. Leuret croyant sans doute avoir découvert quelque chose de nouveau et d'important, s'écrie tout fier de sa victoire : « Comment la phrénologie s'arrangera-t-elle de ces faits ? Elle place à la » partie antérieure du cerveau les organes qui font les » philosophes, les savans, les artistes, et ces mêmes » parties se retrouvent chez le mouton, le bœuf, la » chèvre, le cheval et l'âne. Elle attribue au diverti- » culum qui se trouve à la partie supérieure du cerveau » le sentiment de la vénération, et ce diverticulum » existe chez tous les mammifères. »

Nous ne voulons nous servir que de ces lignes pour démontrer jusqu'à la dernière évidence que M. Leuret n'a aucune notion tant soit peu exacte de la science qu'il a voulu attaquer. Elle place, dites-vous, à la partie antérieure du cerveau les organes qui font les philosophes, etc., et ces mêmes parties se retrouvent chez le mouton, etc.

Mais je ne vois pas pourquoi vous n'allez pas plus loin. Tous les organes que Gall a trouvés dans le cerveau humain ont aussi leur siége quelque part; ils sont ou à la partie supérieure, ou à la partie postérieure, ou à la partie latérale, etc. Or, comme les cerveaux de tous les animaux ont aussi une partie supérieure, une partie postérieure, une partie latérale, etc., je ne vois pas pourquoi vous ne concluez pas, d'après le même principe, que tous les animaux ont les mêmes facultés que l'homme.

Si M. Holm a été fort embarrassé, comme vous le dites, de trouver l'organe de l'individualité dans le chat, je ne serais pas, moi, bien embarrassé pour le classer comme phrénologiste. Un tel embarras de sa part indique tout de suite l'ignorance la plus complète des principes les plus importans et les plus simples de la phrénologie.

En effet, quels sont ces principes ? Voici ceux qui suffisent ici pour démontrer comment la phrénologie s'arrange de vos faits :

1° L'inspection du cerveau n'apprenant jamais rien sur la nature de ses fonctions, c'est par l'observation seule des actes d'un animal que l'on peut déterminer quelles sont les facultés cérébrales qui lui appartiennent.

2° Quand l'observation des mœurs d'un animal a

démontré l'existence en lui de tel ou tel instinct, de telle ou telle faculté, il faut ensuite comparer entre eux les cerveaux de la même espèce, pour déterminer avec précision la partie du cerveau qui est le siége de cette faculté. Arrêtons-nous à ces deux principes.

Je ne reproduirai point ici ce que tout le monde sait sur la manière dont Gall a successivement découvert les instincts, les sentimens, les facultés de l'homme et des animaux; certes il ne se doutait guère, quand il a commencé à rejetter les anciennes données philosophiques sur l'intelligence, que cette intelligence, divisée autrefois en imagination, en perception, en attention, etc., comprendrait les qualités fondamentales que l'expérience lui a fait connaître; mais enfin, forcé d'admettre au nombre des fonctions du cerveau des facultés qu'on n'avait jamais songé à y rattacher, il a bien fallu se résigner, et le cerveau de l'homme, au lieu d'être le siége de l'imagination, de la perception, de la volonté, de l'attention, devint le siége des sentimens, de l'amour maternel, de l'instinct de sa propre défense, de la poésie, de la musique, du sentiment des grandeurs, de la religion, etc. C'est en comparant ensuite la tête des hommes remarquables par la grande activité de chaque faculté ou par son faible développement, que le docteur Gall arriva à la connaissance précise du siége particulier de chacune des facultés primitives; appliquant ces mêmes principes aux animaux, il a dû rechercher dans leur crâne le siége des instincts appartenant à chaque espèce; mais il a dû naturellement rechercher l'organe cérébral d'après l'instinct reconnu et avoué, et non pas conclure l'existence d'un instinct d'après l'anatomie du cerveau; car, en vertu d'un principe qui est de tous les systèmes et de toutes les physiologies, l'inspection des systèmes nerveux ne peut absolument rien indiquer sur leurs propriétés, et c'est l'oubli de ce principe qui a fait tomber M. Leuret dans la singulière erreur sur laquelle il a bâti tout son système d'opposition. De quel droit a-t-il pu dire que la circonvolution de la religion se trouvait chez tous les mammifères? Sur quel fait avancé par les phrénologistes a-t-il pu s'appuyer pour procéder d'une manière aussi complètement opposée aux principes qu'ils professent?

M. Leuret ne sait donc pas que deux cerveaux, mathématiquement semblables, égaux en poids, en volume, en formes extérieures, et appartenant à des animaux d'espèce, de genre et de classe différens, peuvent être le siége d'instincts tout différens, et cependant l'organisation matérielle visible serait parfaitement la même.

Ce qui fait que telle ou telle partie du cerveau est le siége de telle ou telle fonction, ce n'est pas parce qu'elle est plus en haut ou en bas, ou bien parce qu'elle a telle ou telle forme de circonvolution ou de pli, c'est parce qu'elle a une organisation spécifique que l'observation seule peut faire connaître.

Dire qu'on a trouvé chez les animaux les circonvolutions qui font les philosophes, etc., c'est dire un nonsens, c'est prouver qu'on ne connaît pas les premières bases de la phrénologie.

Comment savez-vous que ces mêmes organes existent chez les animaux? Vous avez donc commencé par trouver, d'après leurs actions, qu'ils étaient artistes et philosophes? Comparant ensuite la tête des animaux très forts en philosophie avec celle des animaux peu favorisés de la nature sous ce rapport, vous êtes donc arrivé, par cette comparaison, à vous assurer que telles ou telles circonvolutions cérébrales étaient chez eux le siége du sentiment de la philosophie?

Il n'y a pas moyen de sortir de là; si vous voulez prononcer une conséquence phrénologique, il faut que vous procédiez d'après ses préceptes et non d'après des notions imaginaires que vous vous êtes données à vous-même.

Concevez-vous maintenant le vide et la futilité de vos observations? Concevez-vous maintenant ce que signifient vos paroles? *Elle* (la phrénologie) *place à la partie antérieure du cerveau les organes qui font les philosophes, etc., et ces mêmes parties se retrouvent chez le mouton, le bœuf, etc.*

Qu'entendez-vous par *ces mêmes parties?* Voulez-vous dire les *circonvolutions antérieures?* Mais je ne conçois pas qu'il n'y ait pas des circonvolutions antérieures dans tous les cerveaux possibles; ceci n'est qu'une condition de rapport, de localité, de comparaison.

Voulez-vous dire qu'elles ont (ces parties antérieures) la même forme de circonvolution, le même mode de plissement dans l'homme et dans les animaux. D'abord cela n'est vrai ni pour la forme ni pour le volume; mais admettons la ressemblance la plus exacte sous le point de vue visible et matériel. Qu'est-ce que cela prouve pour les fonctions? Cela empêche-t-il le cerveau du bœuf d'avoir une organisation spécifique, qui le rend le siége d'une intelligence de bœuf, comme le cerveau de l'homme est organisé pour être le siége des facultés propres à l'espèce humaine; comme, en un mot, chaque cerveau a une organisation spéciale propre à la classe, au genre et à l'espèce de l'animal auquel il appartient.

Comment n'avez-vous pas découvert aussi l'organe de la musique chez le chat, celui de la poésie chez le mouton, etc. Il y a à coup sûr une circonvolution quelconque à l'endroit de leur cerveau correspondant à l'organe de la musique et de la poésie chez l'homme, et cette découverte ne vous aurait pas coûté beaucoup plus de peine que la première.

« Les phrénologistes n'ont guère étudié que des crâ-
» nes; encore, s'ils les avaient complètement étudiés!
» Le crâne du lapin, très développé latéralement,
» les eût empêchés d'attribuer à ce même développe-
» ment latéral chez les carnivores l'instinct carnassier.
» Le crâne du dauphin élevé en pointe, et offrant un
» diamètre transverse de 148 millimètres sur un dia-
» mètre antéro-postérieur de 93, indiquant d'après la
» phrénologie le fanatisme et la cruauté, devrait être
» le crâne d'un inquisiteur et non celui d'un animal
» que Pline a surnommé l'ami des enfans. »

M. Leuret prête ses idées aux phrénologistes pour

avoir le plaisir de les réfuter. C'est une méthode qui, quoique peu convenable, est utile quelquefois par le temps qui court. Peut-être y a-t-il été poussé par le désir, bien naturel, de ne pas perdre la jolie inspiration qui lui sera venue de faire un inquisiteur d'un dauphin et cela de par la phrénologie!

Hoffmann était si heureux, il y a quinze ans, quand de semblables traits lui tombaient sous sa plume au moment où il écrivait contre la phrénologie dans le *Journal des Débats!*

Je ne troublerai donc pas le bonheur de M. Leuret. Quant au crâne du lapin qui, s'il eût été mieux étudié par le docteur Gall, l'aurait empêché d'attribuer l'instinct carnassier à son grand développement latéral chez les carnivores; je me bornerai aux réflexions suivantes: D'abord, aucun phrénologiste, que je sache, n'a attribué au grand développement latéral du crâne, chez les carnivores, l'instinct carnassier; j'en suis fâché pour M. Leuret; mais il est si peu instruit des principes de la phrénologie, que je suis obligé d'interpréter ses phrases selon leur véritable construction, et de ne pas lui supposer plus d'instruction qu'il n'en montre.

Je répète donc que jamais les phrénologistes n'ont attribué aucune faculté, aucun instinct, à un développement du crâne. Si un phrénologiste, moins exact que moi, prétendait que M. Leuret a pris ici le crâne pour le cerveau, et que sa phrase aurait dû être interprêtée dans ce dernier sens; je lui répondrais: *rappelez-vous que, parce que les circonvolutions antérieures du cerveau de l'homme font les philosophes et les artistes, M. Leuret a prétendu en conclure que ces mêmes circonvolutions se retrouvant chez les animaux, ils devaient être, eux aussi, philosophes et artistes, si la phrénologie était vraie.* Rappelez-vous que M. Leuret a trouvé chez tous les mammifères le diverticulum qui est le siége du sentiment religieux! Rappelez-vous qu'il a trouvé chez le mouton un énorme développement des organes du courage et de l'instinct carnassier! Rappelez-vous qu'il a trouvé chez l'éléphant et le singe les circonvolutions qui ont pour fonctions phrénologiques, la fermeté, la vanité, la consciencieusité et l'espérance!

Or, quand on raisonne de cette manière, quand on se montre aussi complètement étranger aux premières notions de la phrénologie, quand on cherche les organes d'après l'inspection du cerveau au lieu de les chercher après constatation bien établie des facultés, il faut s'attendre à toutes les méprises, à toutes les erreurs. Comme M. Leuret paraît ignorer que le docteur Gall ait fait quelques recherches, non seulement sur les cerveaux, mais aussi sur les crânes, je lui apprendrai qu'il trouvera dans le 3e volume de son ouvrage in-4° publié en 1818, et même dans l'édition in-8° publiée plus tard, un travail complet sur les crânes. Qu'on s'occupe ou non de phrénologie, il suffit qu'on soit médecin ou seulement anatomiste, pour qu'il ne soit pas permis d'ignorer les seules connaissances positives qui existent dans la science sur tout ce qui concerne les os du crâne. La phrénologie a été, pour le docteur Gall, l'occasion d'étudier cette partie du squelette. Les vérités nombreuses et nouvelles qu'il a publiées sur les os de la tête, suffiraient seules pour le classer au premier rang des anatomistes et des philosophes.

Ce n'est que depuis ce beau travail que nous pouvons apprécier l'ignorance dans laquelle on était, avant le docteur Gall, sur tout ce qui regarde la tête de l'homme et des animaux.

J'y renvoie donc M. Leuret; il y apprendra des faits de l'existence desquels il ne se doute guère.

Mais, pour répondre à l'observation de M. Leuret, sur le crâne du lapin qui, s'il eût été étudié convenablement par M. Gall, l'aurait empêché d'y placer l'instinct carnassier, je me contenterai d'extraire du travail de Gall, le passage suivant:

« Pour étendre aux animaux les observations qui » chez l'homme nous permettent d'interprêter la forme » du crâne, il faut faire une étude particulière de la » structure des différentes espèces. L'on ne peut donner » de règle générale ni pour les mammifères, ni pour » les oiseaux, ni pour les amphibies, ni pour les fru- » givores, ni pour les carnassiers. Chez certaines es- » pèces, l'âge apporte un changement essentiel. Chez » les poissons, les tortues, etc., on ne peut absolument » pas déterminer la forme du cerveau par la configu- » ration extérieure du crâne.

» Chez certains animaux, la tête n'est guère plus » revêtue de muscles que dans l'homme; d'autres, à » certaines régions près, ont toute la tête garnie de » muscles très-forts. Quelques espèces manquent de » sinus frontaux; chez d'autres, les cellules entre les » deux lames osseuses se continuent, non seulement » dans les sinus frontaux, mais se répartissent même » dans tout le crâne, et jusque dans les cornes; dans » d'autres espèces encore, il n'y a de cellules que » dans une partie à la vérité considérable du crâne; » chez les oiseaux, le cervelet n'occupe que la ligne » médiane de l'occipital; ses parties latérales sont en- » tièrement occupées par l'appareil de l'ouïe. Dans » certains animaux, le cervelet est recouvert par les » lobes postérieurs du cerveau; chez d'autres, il est » placé à découvert derrière ces lobes. Chez les oiseaux » de nuit, les deux lames du crâne se trouvent à une » assez grande distance l'une de l'autre, et l'intervalle » est rempli par une matière celluleuse très-légère. » Dans certaines espèces, les lames osseuses sont pa- » rallèles quoiqu'assez distantes; chez d'autres encore » leur direction est toute différente. Chez les chiens, » on observe, quant à la masse musculaire, les sinus » frontaux et les crêtes, une grande différence, non » seulement d'une variété à l'autre, mais même d'un » individu à l'autre. Quelques chiens n'ont pas de si- » nus frontaux du tout, d'autres en ont d'aussi grands » que le loup et l'hyène.

» Le chat, la martre, l'écureuil, le cheval, le singe, » manquent de sinus frontaux; le bœuf, le cochon, » l'ours, l'éléphant, etc. en sont pourvus.

» En un mot les crânes des animaux exigent une

» étude particulière, dans laquelle il ne faut jamais » perdre de vue le principe, *qu'il n'y a que cette par- » tie du crâne de l'animal dont la forme est déter- » minée par le cerveau qui a un sens pour l'organo- » logie.* »

M. Leuret peut donc calmer ses inquiétudes sur le jugement des phrénologistes, relativement aux animaux soumis à leurs observations. Il a lui-même encore beaucoup à apprendre avant de connaître toutes les causes d'erreurs qui peuvent exister pour un phrénologiste consciencieux. Quand M. Leuret aura soigneusement étudié dans les ouvrages de Gall toutes ses recherches sur le crâne, examiné aux différentes époques de son accroissement, avant et après la naissance, quand il connaîtra bien les changemens que lui font subir les différentes espèces de maladies, d'aliénations mentales, la vieillesse, les différentes périodes d'accroissement ou d'atrophie du cerveau lui-même, considéré dans son entier ou seulement dans quelques-unes de ses parties; lorsque, pendant plusieurs années d'études, d'observations faites, soit à l'aide des ouvrages qui ont paru sur cette science, soit à l'aide d'une collection de crânes et de cerveaux qui lui serviront à vérifier les assertions de Gall, il sera parvenu à les comprendre telles que ce grand homme les a écrites, alors il verra que la phrénologie est autre chose que ce qu'il en a appris par ouï dire ou par la lecture rapide de quelques têtes de chapitres.

C'est alors, et alors seulement qu'il comprendra lui-même la légèreté avec laquelle il a osé écrire sur une doctrine dont il ignore les premiers élémens.

Mais achevons l'examen du mémoire de M. Leuret.

« Si j'ai démontré l'analogie de conformation qui » existe entre le cerveau des animaux les plus différens » par leurs instincts et leurs facultés, si j'ai fait voir » que les mêmes parties existent presque chez tous, il » demeurera établi que chacune de ses parties n'a pas » de fonctions spéciales et distinctes, et que la doc- » trine phrénologique est dépourvue de tout fonde- » ment. »

Vous dites *que vous avez démontré l'analogie de conformation qui existe entre le cerveau des animaux les plus différens par leurs instincts;* dans votre bouche, comme adversaire de la phrénologie, cela doit vouloir dire, ou bien que les phrénologistes n'ont jamais songé à faire cette démonstration, ou bien qu'ils ont démontré le contraire; mais, dans tous les cas, c'est sur cette démonstration que vous établissez vos objections. Cette démonstration, selon vous, si elle était positivement établie, et vous croyez y avoir réussi, renverserait complètement la phrénologie!

Mais que diriez-vous donc si cette démonstration avait été l'objet des cours d'anatomie du cerveau faits par le docteur Gall lui-même, ou par ses élèves, depuis plus de trente ans? Que diriez-vous si toutes ses idées philosophiques, appliquées à l'anatomie du cerveau, avaient eu pour objet de prouver que chez tous les mammifères le cerveau était organisé et conformé d'après le même principe. Chez tous, en effet, éminences pyramydales prenant leur origine au même point de la moelle alongée; chez tous, passage de ces éminences au travers du pont de varole; chez tous, épanouissement de ces mêmes fibres nerveuses pour former la membrane des hémisphères, qui se plisse ensuite en différentes circonvolutions pour s'accommoder à la cavité du crâne; chez tous, même origine des nerfs, même indépendance de ces nerfs avec les hémisphères proprement dits; chez tous, même système des commissures.

C'est là, si je ne me trompe, de l'analogie, et cette analogie se retrouve même dans une foule de détails que les phrénologistes seuls connaissent.

C'est le docteur Gall qui est le fondateur de cette analogie; car c'est à lui qu'on doit la première anatomie rationnelle du cerveau et du système nerveux en général.

Quelle est donc celle que vous avez voulu établir? Est-ce la similitude des circonvolutions? Mais encore faut-il s'entendre! Est-ce similitude visible? Je ne sais plus quelle similitude il y a entre les circonvolutions d'un renard et celles d'un éléphant. Mais je vais vous faire une concession qui vous épargnera un travail bien inutile d'ailleurs. Je suppose tous les cerveaux parfaitement semblables, depuis celui du rat qui pèse quelques grains, jusqu'à celui de l'éléphant, qui pèse quatre ou cinq fois plus que celui de l'homme; je suppose qu'en parcourant tous les degrés de l'échelle animale, on ne voie qu'une seule manière d'être de tous ces cerveaux dont les circonvolutions se plisseront exactement de la même manière; je suppose que le cerveau du rat soit la miniature de celui de l'éléphant: je suppose par conséquent la plus parfaite analogie de conformation que vous puissiez imaginer, et cela chez tous le animaux dont les instincts resteront d'ailleurs tout aussi différens qu'ils le sont, et vous n'aurez rien changé à la phrénologie. Elle s'accommodera parfaitement de ces faits, précisément parce que la phrénologie est toute autre chose que ce que vous l'avez faite.

Ces propriétés des circonvolutions sont comme celles des nerfs; elles dépendent d'une organisation intime que personne ne peut voir. Est-ce l'aspect du nerf optique ou du nerf auditif qui vous fait comprendre qu'ils sont organisés pour percevoir la lumière et les sons. Si l'observation ne vous avait pas appris que l'œil était destiné à la vision, et que le nerf qui se rend à cet organe était la condition principale de sa sensibilité, auriez-vous pu parvenir à l'aide de recherches anatomiques à comprendre les véritables fonctions de ce nerf? Eh bien! il en est de même des circonvolutions cérébrales. C'est par induction, par observation, que vous concluez qu'elles sont le siége des facultés et des instincts, et non point par leur arrangement semblable ou différent chez les animaux.

Que voulez-vous donc dire par cette analogie de conformation? Tous les nerfs n'ont-ils pas aussi une analogie de conformation? Cela les empêche-t-il d'avoir des propriétés essentiellement différentes?

S'il est bien convenu que les instincts et les facultés

ont leur siége dans le cerveau, il faut pourtant que bon gré malgré vous soyez forcé d'avouer que le cerveau du castor est le siége des instincts du castor, comme le cerveau du rossignol est celui des instincts du rossignol ; et, à moins que vous ne trouviez aussi une analogie de facultés entre ces deux animaux comme entre celles de toutes les autres espèces animales, vous serez pourtant obligé, malgré votre analogie de conformation, de confesser qu'il y a dans le rossignol une circonvolution qui le porte à chanter, sans que la circonvolution correspondante du castor soit douée de la même propriété.

Vos conclusions sont donc fausses dans tous les systèmes ; vous n'avez donc démontré qu'une chose, et cela de la manière la plus évidente : c'est que vous n'avez jamais lu les ouvrages de Gall ; c'est que vous n'avez jamais étudié la phrénologie, et que votre mémoire est une nouvelle preuve de la vérité de ce que j'ai dit au commencement de cet article, qu'il ne s'était jamais présenté d'adversaire de cette science qui eût pris une connaissance un peu approfondie des observations et des principes sur lesquels elle repose.

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

AOUT 1835.

N° 31. — 1er Aout.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

—

CLINIQUE DE M. VELPEAU.

De l'emploi des injections vineuses dans les cas d'hydrocèle compliquée, Recueilli par M. le docteur Dufresse.

Personne ne conteste aujourd'hui l'efficacité des injections vineuses dans les cas d'hydrocèle simple. Cette méthode, en effet, est facile à mettre en usage; elle n'expose presque à aucun danger, et donne en peu de temps des guérisons sûres : elle l'emporte de beaucoup sur toutes les autres méthodes, telles que l'incision, l'excision, la cautérisation, etc.

On est loin de les regarder comme aussi efficaces, lorsque l'hydrocèle est compliquée d'orchite, d'hypertrophie, de dégénérescence du testicule ou de l'épididyme, et lorsque la tunique vaginale est dure et épaissie.

Les praticiens ont pour habitude, lorsqu'une hydrocèle est compliquée de sarcocèle, d'enlever le testicule comme si l'hydrocèle n'existait pas. Quant à nous, dit le professeur, nous suivons une doctrine tout opposée; nous commençons par opérer l'hydrocèle par les injections vineuses. Non seulement en suivant cette méthode nous déterminons la cure de l'hydrocèle, mais encore nous parvenons souvent à obtenir la résolution de l'engorgement testiculaire au bout d'un temps plus ou moins long. Dans des cas où les antiphlogistiques, les résolutifs et les fondans avaient été vainement employés, dans des cas où les règles ordinaires de la chirurgie prescrivaient l'amputation du testicule, nous avons eu tout lieu d'être surpris nous-mêmes, du succès des injections.

Deux malades couchés salle Sainte-Vierge, étaient affectés d'hydrocèle compliquée de sarcocèle. Ils ont été opérés au moyen des injections; et le résultat prouve que non seulement notre manière d'agir est exempte de dangers, mais encore qu'elle est assez avantageuse; car l'un est sorti guéri, et chez l'autre la maladie a été très-heureusement modifiée. Si l'opération n'est pas dangereuse, c'est déjà quelque chose. En pratiquant, il faut qu'une opération qui a peu de chances de succès ne compromette pas la vie des malades.

Outre qu'elle n'est pas dangereuse, elle ne gêne nullement l'emploi des autres moyens thérapeutiques, tels que les onctions mercurielles, les frictions d'hydrochlorate d'or. Ensuite elle détermine une irritation qui oblitère la poche, et empêche par conséquent le liquide de se reproduire. C'est toujours un épiphénomène de moins. Ce qui reste à faire maintenant, c'est de régulariser l'emploi des injections en pareil cas.

1° Lorsque le cancer est cérébriforme, il n'y a presque jamais de liquide épanché dans la tunique vaginale; mais la tumeur présente des bosselures molles et comme fongueuses, qui pourraient faire croire à la présence d'un liquide dans la tunique. Eh bien! en supposant qu'on vînt à se tromper, quel mal y aurait-il à enfoncer un trois-quart dans une masse cérébriforme? Aucun, car elle doit être enlevée.

2° Dans le cancer squirreux, il n'y a presque jamais de liquide épanché, et il y a des signes qui le font reconnaître : tels sont les bosselures, la dureté, les douleurs lancinantes qui le traversent.

En faisant la ponction le liquide s'écoule s'il y en a, et alors les injections procurent quelques avantages : la tunique ou le kyste s'oblitère; les bosselures du testicule se dessinent parfaitement sous la peau du scrotum, diminuent de volume, et finissent alors par disparaître quelquefois sous l'influence des résolutifs ou des fondans.

3° Dans les cancers colloïdes, hydatiques, napiformes, il y a plusieurs kystes séparés. La ponction ne devrait pas être tentée; car elle ne réussirait pas, vu qu'elle ne donnerait issue qu'à une partie du liquide.

4° Dans la forme scrophuleuse du sarcocèle l'épididyme est gonflé. Dans le corps même du testicule, il y a des masses tuberculeuses, grisâtres, caséeuses, suppu-

rantes. Si cette affection scrophuleuse est mal traitée, elle dégénère. La dégénérescence lardacée peut s'y rencontrer. Les injections, surtout lorsque la maladie sera arrivée à l'état chronique, pourront avoir beaucoup de succès, s'il y a complication d'hydrocèle.

5° Enfin, dans le gonflement pour cause syphilitique, le même traitement aura encore de grands avantages, s'il s'y ajoute un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale.

En nous résumant, nous voyons donc que dans le cas de

Dégénérescence	cérébriforme. hydatique.	Les injections seront inutiles mais sans dangers.

Et que dans les cas de

Dégénérescence Et de gonflement	squirreuse. scrophul. surtout chron. syphilitique.	Ces mêmes injections seront très utiles.

Le malade qui a suscité ces réflexions est couché, salle Sainte-Vierge, n. 20; il est âgé de 29 ans, est fort et bien constitué; il est commissaire à l'Entrepôt; boit beaucoup. Il a eu plusieurs écoulemens par l'urètre, et a fait usage de plusieurs remèdes, parmi lesquels étaient des pilules dont la nature est ignorée : comme elles le purgeaient violemment, il est à croire qu'elles contenaient du calomel. Sous l'influence de ce traitement, le dernier écoulement qu'il a eu s'est terminé promptement. Peu de temps après, un petit noyau d'engorgement s'est développé dans le testicule gauche. Ce noyau a augmenté et a envahi la glande. Malgré cela, le malade a continué son genre de vie; des douleurs sont survenues; alors le malade s'est présenté deux fois à la consultation. Nous avons trouvé la tumeur alongée de haut en bas; elle était douloureuse lorsque le malade se tenait debout, et indolente lorsqu'il était couché. Elle était molle et pâteuse, ce qui nous fit penser à la présence de la sérosité dans la tunique vaginale. Nous pensâmes en outre que le noyau dur et la bosselure qui existait de haut en bas appartenaient à l'épididyme et au testicule en même temps. Nous avions chez le malade tous les symptômes de l'orchite-blennorrhagique, même d'après les nouvelles idées; savoir un engorgement à l'épididyme, qui s'était propagé au testicule, et avait déterminé un épanchement dans la tunique vaginale. M. Rochoux a dit que l'accroissement de volume qui existait dans ces cas là, était dû en entier ou presque en entier à l'épanchement d'un liquide dans la tunique vaginale. Suivant nous, dit le professeur, cela est vrai quelquefois; mais le plus souvent, ceci tient au gonflement de l'épididyme et du testicule.

Quant à notre malade, il continua encore son genre de vie habituelle. Quelque temps après, effrayé des conséquences que pourrait avoir sa maladie, il s'est décidé à entrer à l'hôpital sur notre invitation. Cette maladie, qui se termine ordinairement en 15 ou 20 jours, ne s'est point terminée ici dans ce laps de temps, malgré l'emploi méthodique des anti-phlogistiques, des purgatifs, des frictions mercurielles sur le scrotum. Les douleurs ont été calmées; mais la tumeur n'a éprouvé aucun changement. Nous n'avons remarqué aucun effet général produit par le mercure; le goût métallique à la bouche, qui est le symptôme par lequel il se manifeste le plus souvent, n'a pas eu lieu. Cet homme, du reste, depuis qu'il est ici, a continué à se lever, à marcher; il a bu, il y a quelques jours et coup sur coup, quatre grands verres de vin.

Maintenant je vais dire un mot sur ce que je pense de la manière d'agir des injections.

La tunique irritée par l'esprit de vin s'enflamme. L'inflammation se propage au testicule; elle n'est pas de nature à déterminer du pus, mais seulement un état d'astriction, de resserrement, qui oblige les parties à revenir sur elles-mêmes; c'est enfin un topique puissamment résolutif, qu'on porte aussi près que possible des parties malades pour en favoriser la résolution, pour y amener un travail moléculaire réparateur.

On ne s'explique pas aussi bien l'action des autres médicamens résolutifs, dont l'action est aussi très puissante, tel que l'iodure de plomb, par exemple. Ces médicamens, en effet, ont à traverser une grande épaisseur de tissus pour arriver à l'organe malade, sur lequel ils agissent probablement en changeant les rapports moléculaires des parties, ou bien en détruisant l'aggrégation des parties saines avec les parties malades, en se combinant avec les unes, et en favorisant leur rentrée dans le torrent de la circulation.

CONSIDÉRATIONS SUR LE PTÉRYGION.

Une jeune fille, couchée au n° 16 de la salle Sainte-Catherine, porte depuis plusieurs années un ptérygion à l'œil droit. Cette affection, généralement très-aisée à reconnaître, se développe sous l'influence de causes jusqu'ici mal saisies. Dans la plupart des cas, il résulte d'une ancienne maladie de la cornée, abcès ou ulcère. Au n° 12 de la même salle, est une autre femme qui est dans ce dernier cas; il y a quatre ulcères à la partie inférieure et externe de la cornée de son œil gauche; ils forment ensemble un triangle dont la base est tournée en dehors vers la sclérotique et dont le sommet s'avance vers la pupille. C'est, selon moi, un ptérygion aigu. En admettant cette supposition, qui n'en est pas une pour moi, voici le mécanisme suivant lequel le ptérygion se forme à la suite de ces ulcères. Beaucoup d'ulcères de la cornée sont très-petits, et restent inaperçus. Dans beaucoup de cas, l'ulcère commence par un petit dépôt généralement connu sous le nom d'abcès. Souvent ce petit dépôt disparaît par résolution, d'autres fois par rupture d'une lamelle qui le recouvre, ce qui donne lieu à l'ulcère. De quelque manière qu'il disparaisse, les vaisseaux environnans s'injectent et s'hypertrophient; ils forment un faisceau qui s'élargit en allant vers la sclérotique. S'il est vrai que dans la plupart des cas ces vaisseaux disparaissent, il en est aussi dans lesquels ils persistent, et déterminent ce qu'on appelle un ptérygion.

Une fois formé, le ptérygion n'est pas une maladie grave; mais par lui-même il ne disparaît pas. Nous avons eu ici un homme affecté d'ostéosarcome du bras que nous avons amputé. Cet homme portait depuis son enfance, un ptérygion qui n'avait pas fait beaucoup de progrès, mais aussi qui ne s'était pas dissipé.

La forme ordinaire du ptérygion est triangulaire; la base du triangle est tournée vers la sclérotique et le sommet vers la cornée. On en observe plusieurs variétés : tantôt il s'avance très-peu sur la cornée, et s'arrête à un quart de ligne ou une demi-ligne de la circonférence, son sommet est arrondi, et il affecte plutôt une forme quadrilatère que triangulaire; tantôt, au contraire, il s'avance jusqu'au centre de la cornée, obstrue une partie de la pupile, et empêche en partie les rayons lumineux de pénétrer dans l'œil.

Cette maladie ne guérit jamais seule lorsqu'elle est chronique; tandis qu'à l'état aigu sa guérison peut avoir lieu.

Je diviserai donc le ptérygion en aigu et en chronique; il est aigu lorsqu'il existe avec une ulcération de la cornée; il est chronique au contraire, lorsqu'il existe sous la forme qu'on décrit habituellement. Je voudrais que ces deux états fussent généralement admis comme maladies distinctes.

Puisqu'il ne peut guérir seul lorsqu'il est chronique, il faut faire en sorte d'en obtenir la cure par quelque opération. Mais jamais on ne doit se décider à faire l'opération sans que la malade la demande : car le ptérygion n'est pas une maladie, mais seulement une infirmité qui n'empêche pas de vivre et de se bien porter. L'opération n'est pas grave; mais elle peut être suivie d'ophthalmie, d'inflammation, de larmoiement, d'opacité de la cornée, tous accidens que le malade rejeterait sur vous si vous l'aviez exhorté à se faire opérer.

Notre malade veut être opérée; elle est dans de très-bonnes conditions pour cela. La maladie est tout à fait chronique; son œil est bon ainsi que sa constitution.

L'accident le plus grave qui puisse suivre l'opération est l'opacité de la cornée; car l'extirpation de la plaque est suivie d'une cicatrice; et comme la cicatrice est opaque, si le ptérygion s'avançait loin sur la cornée, il pourrait en être de même de l'opacité

Traitement. Les collyres secs, humides, astringens seront inutiles. Tout ce qu'il y a à faire, c'est de détruire les vaisseaux qui alimentent le ptérygion. Les méthodes employées à cet effet sont : la *cautérisation*, la *ligature*, l'*excision* ou l'*extirpation*.

La cautérisation se pratique ordinairement avec le nitrate d'argent, et suivant plusieurs procédés. Tantôt on cautérise le sommet du ptérygion, tantôt on divise le triangle en deux portions par un sillon fait sur sa partie moyenne avec le caustique. Dans le premier cas, on le transforme en ptérygion aigu; dans le second cas, c'est comme si l'on excisait une partie de ces vaisseaux avec le bistouri. Mais ce moyen, d'ailleurs moins sûr, est suivi d'une inflammation plus violente que l'excision : il doit donc être rejeté, excepté dans le cas où il existe une inflammation ulcéreuse de mauvaise nature, qu'il modifie puissamment.

La ligature consiste à passer un fil entre la sclérotique et le ptérygion, qu'on étrangle dans un nœud. C'est un mauvais moyen, généralement abandonné, parce que à mesure que les vaisseaux sont divisés par le fil, ils se rejoignent au-devant de lui et continuent à entretenir le ptérygion.

L'excision est généralement mise en pratique; il y a deux manières de la pratiquer. 1° On se contente d'inciser les vaisseaux; mais le procédé est mauvais, parce qu'après la division, les vaisseaux s'abouchent, se récollent, et le ptérygion devient plus gros. 2° L'excision véritable, qui consiste à enlever une portion des vaisseaux est préférable; elle peut se faire de trois manières : 1° du sommet à la base, 2° de la base au sommet, 3° et par ces deux procédés combinés. Alors l'incision, commencée au sommet, s'arrête vers le milieu, et celle qui part de la base vient la rejoindre en ce point là. Ces trois nuances n'ont pas d'avantages spéciaux les unes sur les autres. Autant que possible, il faut que la pointe du ptérygion soit enlevée, en même temps qu'une assez bonne partie de la production morbide; car si le sommet reste, il forme sur la cornée un petit tubercule dur et saillant, d'un aspect difforme. Les instrumens dont on se sert sont la pince et le bistouri, ou les ciseaux courbes sur le plat ou droits. Je préfère les pinces et les ciseaux ordinaires aux petites pinces, dites oculaires, et aux petits ciseaux. Les petites pinces, en appuyant sur la plaque morbide, tournent, et leurs mordans coupent souvent le ptérygion; les petits ciseaux ne sont pas assez forts et plient quelquefois sans couper.

Une fois l'opération terminée, il faut faire fermer l'œil, sur lequel on applique des compresses émollientes pendant 12 ou 15 jours. Alors la cure est généralement terminée, s'il ne survient aucun accident pour l'entraver.

Recherches médicales sur la nature et le traitement de la maladie connue sous le nom d'asthme; par Amédée Lefèvre, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, chirurgien de 1re classe de la marine au port de Rochefort, etc.

Deuxième article. (*Voir* le n° 30.)

3e Observation (De Floyer) thèse de Zalloni, (1). — Ce médecin, qui s'est occupé d'une manière spéciale de l'asthme, ne se souvenait pas quelle avait été la cause première de sa maladie; on lui avait dit seulement, qu'il pouvait regarder comme telle, une impression vive et subite de froid qu'il avait éprouvée dans son enfance. Ses ancêtres n'avaient pas eu cette mala-

(1) *Collection.* Paris, 1809, n° 63.

die, et ses deux fils ne l'avaient pas encore, quoi qu'ils eussent passé l'âge où il en fut attaqué. Dans le commencement de son asthme, Floyer n'en fut incommodé gravement que pendant les changemens de saison et n'eût aucun accès pendant les douze années qu'il passa à Oxford. Lorsqu'il revint dans son pays, il eut un ou deux accès très-violens. Il n'a pas remarqué qu'ils fussent plus longs à Londres qu'à la campagne. Son asthme ne l'empêchait pas de dormir et d'exercer convenablement toutes les fonctions vitales. Il pense que son asthme fut rendu périodique par une fièvre intermittente; il avait seize accès l'hiver et vingt l'été; ces derniers plus forts, surtout dans le mois d'août. La durée des intermittences répondant à celle des accès, dont les plus longs duraient trois, quatre ou cinq jours, les plus courts intervalles étaient de deux jours et les plus longs de douze à quinze jours.

Floyer observa que les accès survenaient souvent à la suite d'un vomissement et d'une purgation; qu'ils étaient moins graves quand l'estomac était vide. Il remarqua aussi que l'état de spasme et de constriction s'étendait plus ou moins dans le conduit intestinal, et que lorsque les dernières régions étaient affectées, la respiration était moins laborieuse. Avant que son asthme fût périodique, lorsque l'accès était court, Floyer était bien moins tourmenté; il n'avait pas de gêne à la région de l'estomac avant l'attaque, ni d'urine pâle, seulement un peu d'assoupissement vers le soir. Les urines étaient plus colorées le matin et il expectorait facilement et abondamment; quand les accès duraient plus longtemps, l'expectoration ne s'établissait que vers le 3e ou le 4e jour. Pendant la durée de l'accès, il se tenait ordinairement debout et se trouvait tourmenté d'une gêne insupportable, quand son appartement était chauffé.

Floyer employa vainement plusieurs méthodes de traitement; il assure que ce qui le soulageait le plus c'était de prendre, le soir, abondamment, de l'eau panée, à laquelle il ajoutait un peu de nitre et de sel ammoniac. Il entretenait avec soin un air frais dans sa chambre, évitait toute fumée, toute odeur un peu forte. Il ne craint pas d'affirmer que par la différence de la chaleur et de la concentration de l'air, les accès sont plus forts à la ville qu'à la campagne.

Chez Floyer, la maladie était devenue périodique. Nous verrons plus loin plusieurs observations d'asthme, offrant un type intermittent régulier. Comme dans les deux observations précédentes, les changemens de saison, les extrêmes de température, jouent un grand rôle dans la production des accès: l'action égale, produite par les conditions de température tout-à-fait opposée, surprend moins quand on se rappelle que le froid et la chaleur extrêmes déterminent également la siccité de l'air, et peuvent ainsi produire des phénomènes semblables sur les organes qui sont en rapport direct avec cet agent physique. Comme Floyer, j'ai remarqué que la tension abdominale rendait les accès plus graves, et cela s'explique facilement par la diminution de capacité de la poitrine. Chez lui, comme dans les deux observations précédentes, une expectoration jugeait les accès; il est fâcheux qu'il n'en donne pas la nature.

4e Observation. (de Laënnec) (1). — Un homme de 40 ans légèrement hypochondriaque, mais d'ailleurs bien portant, monte à cheval avec le dessein d'aller faire une visite à quelques lieues de chez lui; en sortant de la ville, située au milieu d'une vaste plaine, la première impression du grand air lui occasionne une oppression qui augmente peu à peu; il méprise d'abord cet accident, mais la dyspnée redouble, un sentiment de défaillance s'y joint et il se détermine à revenir chez lui. A peine a-t-il tourné bride qu'il se sent mieux; quelques instans après il reprend haleine et sent renaître ses forces: ne soupçonnant aucun rapport entre cette incommodité passagère et son voyage, il se détermine à le poursuivre; mais bientôt la dyspnée et la défaillance reparaissent; il se tourne vers la ville et les accidens cessent encore. Après plusieurs essais successifs, qui eurent toujours le même résultat; il rentra chez lui aussi bien portant qu'il en était parti.

Cette observation qui prouve combien la respiration peut être influencée par certaines circonstances extérieures, laisse beaucoup à désirer. Il eût été important de relater si le sujet dont il est question avait eu antérieurement des accès d'asthme, à quels intervalles ils reparaissaient. Il eût été également bien de constater dans quelle direction soufflait le vent lorsque les symptômes de dyspnée se manifestèrent. Il est probable que c'était dans un sens tout-à-fait opposé au trajet, qu'il voulait faire, puisque faisant volte-face, il éprouvait du soulagement; toutefois elle constate combien dans certains cas le changement de localité peut avoir d'influence sur la production de quelques phénomènes morbides de la respiration. Laënnec en disant que cette observation lui avait été communiquée par une personne digne de foi, dit aussi avoir été à même d'en constater une du même genre. Il est fâcheux qu'il ne l'ait pas rapportée en entier.

Nous allons en transcrire une seconde du même auteur qui prouve à un degré très-prononcé, l'influence de quelques autres circonstances sur l'invasion et la durée des accès d'asthme.

5e Observation (de Laënnec) (2). — M. le comte d'H. âgé de 82 ans, homme d'une constitution robuste et doué d'une vigueur peu commune chez un homme de soixante ans est sujet depuis sa première jeunesse, à des attaques d'asthme et a, habituellement, la respiration un peu courte: depuis l'âge de 50 ans seulement, il tousse habituellement un peu et expectore au matin une matière pituiteuse, mêlée par momens de quelques crachats jaunes. Les attaques d'asthme ont toujours été très-rares chez lui; mais elles n'ont jamais manqué d'avoir lieu quand quelqu'un vient à fermer, par hasard, la porte de la chambre où il couche, ou quand

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, liv. 11, page 273.
(2) *Ibid.*

la lampe qui y brûle toute la nuit vient à s'éteindre. Dès que l'un ou l'autre de ces accidens arrive, il se réveille avec une oppression suffocante et au bout de quelques minutes il perd connaissance. J'ai exploré sa poitrine et je n'y ai trouvé d'autres signes que ceux d'un léger catarrhe pituiteux : le bruit respiratoire médiocre, comme il l'est chez l'adulte, n'est mêlé que dans quelques points peu étendus, d'un léger *rhoncus* sibilant ou muqueux. Lorsque l'accident que je viens de décrire arrive, on le fait cesser en ouvrant les portes et rallumant les lumières et portant le malade au grand air ; mais il conserve de l'oppression pendant quelques heures.

Cette observation présente également à un haut degré l'influence de deux causes dont il n'est pas très-facile d'expliquer l'action, particulièrement celle de l'obscurité ; cependant j'ai pu me convaincre de sa réalité, toutes les fois que j'ai éprouvé de nouveaux paroxysmes d'asthme; c'est probablement par les distractions que procure la présence de la lumière, que les asthmatiques éprouvent du soulagement (1) ; c'est une sorte de révulsion portée sur les organes des sens, et par suite, sur le cerveau. Je pense qu'on pourrait obtenir un résultat semblable en agissant sur le sens de l'ouïe ? Je n'ai cependant pas eu l'occasion de l'expérimenter.

6e Observation. — (*Dict. de méd. et chir. prat.*, art. *Asthme*). — Un jeune officier se portant fort bien, éprouve en 1814 une impression morale très-vive, en voyant les troupes étrangères occuper la capitale. Il ressentit sur le champ beaucoup de malaise, et sa respiration devint difficile, il eut, la nuit, un violent accès d'asthme : les nuits suivantes furent aussi pénibles, et ce ne fut qu'après plus de quinze jours que les accidens diminuèrent d'intensité. Corvisart fut consulté et n'aperçut aucun signe de lésion organique ; le malade alla passer l'hiver dans le midi de la France, et se rétablit entièrement ; mais en 1815, de nouveaux chagrins rappelèrent les accès d'asthme à des intervalles plus éloignés, pendant lesquels la santé était parfaite. Plus tard, le malade éprouva une fièvre intermittente très-rebelle, et à peine s'en trouvait-il débarrassé qu'il fut pris d'un violent accès d'asthme, après un bain tiède et un séjour de quelques heures dans une salle de spectacle ; on ne remarquait alors aucun changement dans l'état de la circulation ; les accès se répétèrent quatre ou cinq nuits de suite, puis cessèrent sans retour.

Cette observation qui prouve l'influence puissante des affections morales sur la production de l'asthme, aurait pu être suivie d'une autre, rapportée par Van Helmont : c'est celle d'un homme gravement insulté, qui, par crainte, ne répondit pas et dévora son injure, et qui bientôt après fut pris d'asthme dont les accès se répétèrent pendant deux ans ; il mourut d'hydropisie.

(1) Cependant on vient de voir que cette influence de la lumière s'exerce pendant le sommeil, puisque le malade de Laënnec se réveillait par suite de l'extinction de sa lampe.

Les auteurs ont constaté cette influence par un grand nombre d'observations qu'il serait fastidieux d'indiquer ici. Nous nous contenterons de rappeler, à cette occasion, que le catarrhe, affection organique, est aussi sous l'influence d'une lésion nerveuse et n'a, dit Laënnec, probablement pas d'autre cause ; car il acquiert plus d'intensité toutes les fois que par suite d'une émotion vive ou de toute autre circonstance, le trouble de l'influence nerveuse augmente.

7e Observation. (Asthme intermittent régulier). — Montgellaz, auteur d'un traité sur les affections intermittentes, rapporte au n° 210 (1) de son ouvrage, l'observation d'un asthme intermittent dont les époques répondaient aux époques des pleines et des nouvelles lunes, chez une dame de 43 ans.

Au n° 204 du même ouvrage, est une autre observation d'un asthme intermittent tierce, chez un homme de 36 ans. Ce dernier fut guéri par le quinquina ; dans la première, l'asthme a cessé peu à peu par le seul bienfait de la nature, et à mesure qu'il s'est manifesté à l'œil gauche, une cataracte précédée de huit mois de douleurs assez fortes, dans le même côté de la tête.

La 167e observation de Bonnet (2) présente un asthme alternant avec la dysurie, chez un cardinal.

Le fait de l'intermittence n'offre rien d'extraordinaire en lui-même : on a vu presque toutes les affections se présenter sous cette forme ; nous avons voulu seulement le constater positivement par des faits observés, dans la maladie que nous étudions.

Jusqu'à présent, aucune des observations que nous avons indiquées, n'a été suivie de l'exposé des désordres trouvés après la mort. Si nous voulions aborder la description de tous ceux qui ont été signalés comme pouvant avoir du rapport avec cette affection, nous n'en finirions pas ; nous nous contenterons plus loin de les rattacher à des chefs généraux ; mais avant nous croyons utile de signaler quelques faits dans lesquels les recherches nécroscopiques n'ont produit que peu de résultats.

8e Observation. Par M. Bland. (*Biblioth. méd.*, *t.* 73). — Une femme âgée de 80 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, éprouve, au commencement du mois de décembre 1815, un violent accès de chagrin, pour une somme d'argent qu'on lui avait dérobée.

Le 25 du même mois, au milieu de la nuit, accès subit de dyspnée qui la force de quitter le lit et d'aller respirer l'air extérieur ; le calme renaît au bout d'une heure.

Le 26, même accès qui survient à la même heure ; la maladie reparaît ainsi toutes les nuits pendant un mois environ, sans laisser aucune trace, ni dans la respiration, ni dans la circulation, après avoir cessé. Mais passé cette époque, elle se prolonge jusque dans la ma-

(1) *Essai sur les irritations intermittentes*, t. 1, page 559.

(2) *Sepulchretum*, lib 2, sect., page 554.

tinée, puis peu à peu elle devient continue ; alors il survient une anasarque, qui, par degrés, envahit toute l'habitude du corps.

La malade était dans cet état le 29 mai, lorsque nous fûmes appelé pour lui donner nos soins. Le pouls lent (60 pulsations par minute), plein et assez fort, égal et irrégulier. Elle faisait entendre, pendant l'expiration, un sifflement très-remarquable ; le thorax résonnait dans tous les points ; pas de pulsations.

Le 7 juin, la maladie avait beaucoup diminué sous l'influence de l'assa-fœtida combiné avec la digitale et la scille ; les urines coulaient abondamment ; la dyspnée était beaucoup moindre. L'infiltration n'existait plus que dans les membres abdominaux ; tout, enfin, donnait lieu d'espérer une guérison complète et prochaine, lorsque le même jour, à deux heures après midi, la malade fut subitement atteinte d'une apoplexie dont elle mourut le lendemain.

Autopsie. 28 heures après la mort. Veines cérébrales et sinus gorgés d'un sang noirâtre ; capillaires cérébraux fortement injectés, ce qui était rendu sensible par l'infinité de points rouges dont était parsemée la substance cérébrale mise à découvert ; environ trois onces de sérosité dans les ventricules latéraux. Cœur et gros vaisseaux sains : on ne remarquait ni épaississement, ni amincissement, ni dilatation, ni rétrécissement, ni ossification. Poumons d'une couleur jaune pâle, crépitans et n'offrant d'autre altération qu'une légère infiltration séreuse dans leur partie inférieure, qui était sans doute le reste d'un œdème, lequel avait été la suite de la maladie principale.

Quoique les observations d'asthme, à la suite desquelles on n'a trouvé aucun désordre organique, soient rares, nous aurions pu cependant en rapporter plusieurs autres. Ainsi la 165e observation du liv. II du *Sepulchretum* de Bonnet, fait mention d'un boucher atteint d'asthme périodique, qui mourut dans un accès : à l'ouverture du cadavre on trouva tous les viscères sains ; rien dans les bronches ni dans les vaisseaux. On dût, dit l'auteur, en attribuer la cause à une affection nerveuse. La 147e observation est consacrée à une femme veuve qui mourut à la fin de janvier. On trouva les intestins distendus par des gaz et des calculs volumineux dans la vésicule du fiel, ce qui fit admettre un asthme flatulent.

M. Begin, dans un mémoire inséré dans le *Journal complémentaire* (janvier 1819), cite l'observation d'un militaire mort au Val-de-Grâce avec tous les symptômes de l'asthme convulsif le plus violent ; qui avait déjà éprouvé plusieurs fois les mêmes accidens, et qui succomba des suites d'une bronchite chronique. A l'autopsie, on ne trouva aucun désordre dans les gros vaisseaux, les poumons étaient crépitans et sains, excepté à la partie postérieure et moyenne du lobe droit, où on découvrit une légère carnification.

M. Bricheteau présente aussi dans le cahier de novembre 1825, des *Archives de médecine*, l'observation d'une dyspnée violente qui entraîna la mort chez un sujet regardé depuis long-temps comme asthmatique. A l'autopsie, on ne trouva que des désordres si légers dans le cœur et les poumons, qu'il se demande s'ils ont pu être suffisans pour déterminer la mort.

MM. Andral, Cruveilhier, Colson (1), Récamier ont aussi rapporté des observations dans lesquelles ils disent n'avoir trouvé aucune trace de lésion organique. Mais, je le répète, ces cas sont les plus rares ; nous chercherons plus tard à en donner la raison.

§ II. *Recherches nécroscopiques.*

Pour compléter la partie positive de notre travail, nous allons énumérer les désordres les plus fréquemment observés après la mort des asthmatiques, et qui, dans l'embarras où se sont trouvés les médecins de pouvoir préciser la cause du mal et son siége, ont été notés avec soin, dans le but de chercher à rattacher leur développement au fait même de la maladie. Ces désordres sont nombreux ; pour qu'il n'y ait pas confusion, nous les rattacherons à trois grandes fonctions : 1° ceux des organes de la circulation ; 2° ceux des organes de la respiration ; 3° ceux des organes de l'innervation.

1° *Désordres de la circulation* : A. *Lésions du cœur :* hypertrophie des ventricules ; dilatations anévrismatiques de ses cavités ; les ulcérations ont été indiquées par Baillou, Rostan, Bouillaud ; son ossification par Bonnet ; l'ossification des valvules du cœur, des artères et des veines coronaires, par Rostan, Portal, Leroux.

B. *Lésions du péricarde :* son ossification, notée par Bonnet ; son inflammation chronique, par Floyer, Bonnet, Andral ; son hydropisie, par Lieutaud, Morgagni.

C. *Lésions des gros vaisseaux :* les anévrismes de l'aorte, son rétrécissement, ses ossifications, notés par Corvisart, Wepfer, Rostan.

2° *Désordres de la respiration :* A. *Lésions des bronches :* inflammation chronique, épaississement, rétrécissement, obstruction par du mucus épaissi (Laënnec, Rostan, Andral) ; développement des ganglions bronchiques (Hoffman, Magistel).

B. *Lésions du parenchyme pulmonaire :* corps développés dans le poumon, tubercules granuleux (Rivière, Laënnec, Bayle) ; vomiques dans le poumon (Morgagni) ; emphysème pulmonaire (Laënnec, Breschet, Baillie, Prus) ; œdème du poumon (Laënnec, Albertini).

C. *Lésions des plèvres* : adhérences (C. Lepois, Bartholin, Baillie) ; hydro-thorax (C. Lepois, Morgagni, Lieutaud, Avenbrugger) ; ossification du diaphragme (Rostan).

3° *Désordres des organes de l'innervation :* A. *Lésions du cerveau :* altération de couleur et de consistance de la substance cérébrale, dans le voisinage de l'origine des nerfs de la huitième paire (Bérard, Jolly) ; épanchemens de sérosité, (Willis) ; altéra-

(1) Colson, *Journal universel*, t. XVI, page 350.

tion de couleur et de texture de la masse cérébrale (Georget).

B. *Lésions de la moëlle épinière :* induration, ramollissement, plaques cartilagineuses (Olivier d'Angers).

C. *Lésions des nerfs :* tumeur, altérations cancéreuses des nerfs diaphragmatiques (Andral, Bérard); ossification du plexus pulmonaire (Ferrus).

Si nous voulions ajouter à cette longue énumération les désordres organiques qu'on a supposés pouvoir produire l'affection asthmatique, ceux qu'on a rencontrés dans les autres appareils organiques, tels que ceux de la digestion et ceux de la génération, nous aurions complété l'ensemble des recherches anatomo-pathologiques faites dans le but d'éclairer l'étiologie de l'asthme; mais nous croyons nous être assez étendu sur tout ce qui se rattache aux faits observés, tant pendant la vie, qu'après la mort des asthmatiques. Nous allons maintenant nous occuper de l'histoire de cette affection, envisagée d'une manière générale.

Chapitre III. — *Histoire générale de la maladie.*

Définition. — Nous définirons l'asthme, une affection intermittente de la respiration, caractérisée par un trouble extraordinaire dans les phénomènes mécaniques de cette fonction, dans laquelle il n'y a rien de fixe pour le retour des paroxysmes, pour leur durée et pour leur intensité, qui n'est point accompagnée de fièvre, et dans laquelle toutes les apparences du danger le plus grave sont suivies, le plus ordinairement du calme parfait de l'état normal.

Description. — L'invasion des accès est presque toujours subite. Quand la maladie est déjà ancienne, ils sont par fois annoncés par des phénomènes précurseurs, dont la nature varie suivant les individus. Chez les uns, c'est un état de météorisme du ventre tel que les mouvemens de la poitrine semblent gênés. Lieutaud a dit : l'asthme est communément annoncé par des rots, par le gonflement de l'estomac. Chez d'autres, c'est un sentiment d'irritation de la muqueuse des voies aériennes, un goût particulier, souvent il y a constipation. Les accès éclatent, en général, de 10 heures du soir à 2 heures du matin (1). Le malade qui s'était couché bien portant, est brusquement réveillé par un sentiment de compression et de resserrement de la poitrine, tout-à-fait caractéristique de cette affection. La position horisontale devient bientôt impossible; un sentiment d'ardeur dans les voies respiratoires, fait vivement désirer l'inspiration d'un air frais qui, en effet, procure du soulagement. Une toux pénible et suffocante s'établit; elle n'est accompagnée que d'une faible expectoration de matières visqueuses, la gêne des mouvemens respiratoires augmente, l'inspiration peut à peine se faire, l'expiration est lente et accompagnée d'un sifflement remarquable. Souvent la suffocation devient imminente, si le malade ne s'empresse de donner à ses bras un point d'appui solide, pour que les muscles qui se fixent à l'épaule et à la colonne vertébrale, puissent concourir à la dilatation du thorax. Quelquefois ceux de la partie postérieure du cou se contractent tellement, qu'ils soulèvent les omoplates *sicut alas*, ainsi que le dit énergiquement Lieutaud. Pendant que les mouvemens respiratoires sont ainsi troublés, la face exprime la souffrance; d'abord pâle, fatiguée, elle se colore lorsque l'accès prend de l'intensité; les yeux deviennent quelquefois saillans; les ailes du nez sont agitées d'un mouvement actif de dilatation et de resserrement; la parole est entrecoupée; pénible; tout effort pour soutenir une conversation ou pour se mouvoir aggrave les symptômes; l'obscurité semble agir aussi d'une manière défavorable. Cet état grave persiste pendant un temps dont la durée varie depuis quelques minutes à quelques heures; l'approche du jour tend ordinairement à diminuer la gravité des symptômes; le calme revient peu à peu, et si une expectoration de matières épaisses, offrant dans quelques cas des caractères spéciaux que nous avons déjà indiqués s'établit; tout rentre dans l'état naturel; les malades ont alors la conscience qu'ils peuvent se livrer au sommeil; il est paisible et procure un plaisir inexprimable. Chez quelques sujets une abondante émission d'urine claire et limpide juge les paroxysmes. Souvent il n'y a que rémission. Alors la respiration reste gênée; il y a de l'oppression pendant le jour, et les symptômes graves reparaissent pendant un certain nombre de nuits consécutives. Toujours à la fin des accès la tête est lourde, pesante, quelquefois elle est douloureuse, et ces céphalalgies occupent tantôt la partie antérieure, tantôt la partie postérieure du crâne.

A mesure que l'expectoration qui juge les accès s'accomplit, les inspirations deviennent de plus en plus profondes et on ressent du soulagement.

La poitrine, percutée pendant les accès, donne souvent un son plus clair que dans l'état normal. Si on l'explore à l'aide du stéthoscope, on entend un râle sibilant, sec, plus sensible pendant l'expiration que pendant l'inspiration. Le râle muqueux s'établit à la fin des accès, quand l'expectoration commence à se faire.

Ainsi que le dit M. Jolly, rien de plus variable que l'époque du retour des accès; ils peuvent être séparés par des intervalles de plusieurs mois et même de plusieurs années; ils peuvent constituer une affection accidentelle produite par certaines influences extérieures, et qui se dissipe avec la cause qui leur a donné naissance; on les a vus se reproduire sous un type inter-

(1) Cette influence de la nuit sur les asthmatiques a été bien exprimée par M. Alibert, dans sa *Nosologie naturelle :* » Le » soir, dit-il, lorsque tant d'individus avaient cessé leurs plain- » tes, quand toutes leurs douleurs semblaient suspendues, les » asthmatiques seuls s'agitaient dans leur lit et imploraient vai- » nement le repos; ils se levaient en sursaut et faisaient retentir » l'air de leur toux convulsive et déchirante; ils attendaient » avec impatience la lumière du jour qui signalait communément » la terminaison de leurs funestes accès. »

mittent régulier (Medicus, Mongellaz); chez un grand nombre de sujets, au contraire, l'asthme se prolonge, les accès se reproduisent avec facilité pour les causes les plus légères et même sans causes bien appréciables; souvent des lésions organiques viennent le compliquer et rendre le développement des accès plus fréquent.

§ Ier. *Causes.*

On a divisé les causes de l'asthme en prédisposantes et déterminantes. Au nombre des premières on a placé l'hérédité. M. Alibert cite une famille dans laquelle les frères en sont successivement atteints quand ils ont quarante ans (1). On conçoit que par la génération peuvent se transmettre des dispositions organiques qui rendent plus aptes à contracter certaines affections; ainsi l'étroitesse du conduit aërien, l'irritabilité extrême des bronches peuvent, selon nous, rendre compte des asthmes dits héréditaires.

Cette maladie, assez rare dans l'enfance, est plus commune dans l'âge adulte. M. Alibert cite cependant un enfant de 14 ans qui en fut atteint dès sa plus tendre enfance, et un de sept ans, né d'un père asthmatique, qui éprouve de la dyspnée l'hiver (2). Dans la vieillesse elle est plus commune, et alors, presque toujours accompagnée de lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.

On a dit que le tempérament nerveux prédisposait à cette maladie; cependant il est d'observation que les femmes et les enfans, chez lesquels ce tempérament existe le plus communément, en sont rarement atteints. Cœlius Aurelianus a dit brièvement : « *Passio hæc* » *gravat atque premit magis mulieribus viros et juve-* » *nibus senes atque pueros et durioribus naturâ corpo-* » *ribus teneriora, hyberno atque nocte magis quam die* » *vel æstate.* »

Toutes les professions dans lesquelles on est obligé de respirer une atmosphère chargée de molécules irritantes, sont aussi considérées comme causes prédisposantes de cette maladie. Certains oxides métalliques volatilisés (3) dont l'action sur les muscles de la vie organique est parfois si grande, peuvent produire l'asthme. Tout le monde connaît le fait rapporté par Cullen, de la femme d'un pharmacien qui éprouvait des accès d'asthme chaque fois qu'on pulvérisait de l'ipécacuanha, dans un lieu même éloigné de l'appartement où elle s'enfermait. M. Bosquillon a connu un homme qui éprouvait un accès d'asthme quand on battait du riz dans le voisinage du lieu qu'il habitait.

On pense que le séjour dans certaines contrées prédispose à cette affection; ainsi, au dire de Scheibner, l'asthme est endémique dans la Saxe-Inférieure (1); suivant Couzier, il est très-commun dans l'île Bourbon; d'après Henderson, il existe dans quelques parties de l'Indostan une affection parfaitement semblable à l'asthme spasmodique et qui paraît produite chez quelques indigènes par la réclusion. Zalloni a constaté sa fréquence dans l'Archipel et sur les côtes de l'Asie-Mineure (1). J'ai pu me convaincre par moi-même de la vérité de cette assertion pendant le séjour que j'ai fait dans ces contrées et où j'ai eu à lutter contre de douloureux paroxysmes de cette affection.

C'est probablement aux transitions brusques de température qu'est due cette influence fâcheuse de certaines localités; aussi pourrait-on établir d'une manière générale que partout où elles se manifestent, les asthmatiques doivent beaucoup souffrir.

Au nombre des causes déterminantes des accès, on doit en général ranger toutes celles qui, d'une manière plus ou moins brusque, plus ou moins intense, peuvent modifier l'état normal de la muqueuse des bronches; soit qu'elles agissent d'une manière directe, comme les gaz irritans, les poussières de même nature, les boissons alcooliques; soit qu'elles agissent d'une manière sympathique, comme les affections morales et les nombreuses modifications des agens extérieurs sur l'organisme. Seulement nous ferons observer qu'ayant, en général, la faculté de se soustraire immédiatement à l'action des causes qui agissent d'une manière directe, leur effet est bien moins profond et de plus courte durée, tandis que celles qui agissent sympathiquement et qu'on ne peut toujours prévoir, déterminent des accidens plus graves et plus prolongés.

La répercussion brusque de certains flux périodiques, d'éruptions cutanées anciennes, a souvent amené des paroxysmes d'asthme. Fabrice de Hilden rapporte qu'un jeune homme de 20 ans fut pris tout à coup d'un violent accès d'asthme après la disparition d'une affection cutanée produite par un repercussif.

§ II. *Nature et Siége.*

Maintenant, quelle est la nature de l'asthme? quel est son siége? Ces questions ne sont pas aussi faciles à résoudre qu'on la pense; la variété des désordres organiques trouvés après la mort a amené beaucoup de divergence dans les opinions des auteurs; cependant nous croyons pouvoir aider leur solution en en faisant ici un résumé aussi succinct que possible.

Galien admettait comme cause d'asthme, des humeurs épaissies, pituiteuses et des tubercules. On sait que ce médecin le confond avec les troubles de la respiration.

Celse (2) confond aussi l'asthme avec la dyspnée et l'orthopnée; il en fait une lésion intermédiaire entre ces deux troubles de la respiration et la regarde comme due à l'étroitesse des parties.

Arétée (3), dans sa belle description de cette maladie, semble aussi pencher pour cette opinion.

---

(1) (2) *Nosologie naturelle*, liv. I, page 243.
(3) Ploucquet, art. *Dyspnea.*
(4) Ploucquet, art. *Dyspnea.*

(1) *Thèses de Paris*, 1809, n° 63.
(2) Lib. 4 *De re medicâ.*
(3) Arétée de Cappadoce, lib. 1.

Avicenne (1) et les Arabes trouvent que l'asthme a beaucoup d'analogie avec les paroxysmes d'épilepsie et de spasme. Il dit qu'il est produit par une humeur grossière qui pénètre dans les conduits respiratoires, ou par les humidités qui tombent de la tête sur les parties basses.

Van Helmont (2) croit que l'origine de l'asthme est dans un principe violent qui provient de l'essence de quelques viscères. La propriété de cette cause est de faire contracter les conduits du poumon qui transmettent l'air dans le thorax. Plus loin il lui donne le nom d'épilepsie du poumon.

Sennert (3), indépendamment des causes admises par Galien, dit que l'étroitesse des bronches doit y concourir. Pour le prouver, il entre dans des considérations fort longues sur les causes qui peuvent amener ce rétrécissement, soit qu'il dépende d'humeurs contenues dans les bronches, ou d'humeurs contenues dans les poumons.

Rivière (4) pense que l'humeur qui produit l'asthme tombe de la tête sur le poumon et obstrue les bronches. Si cette humeur coule dans les bronches, l'asthme avec bruit est produit; si elle stagne dans la substance pulmonaire, elle produit l'asthme bâtard ou sans bruit.

Sydenham (5) place l'asthme parmi les maladies de poitrine, entre la dyspnée et l'orthopnée, formant ainsi trois espèces de dyspnées; dans la première, dit-il, les poumons sont obstrués, et les bronches le sont dans la seconde.

Voici ce que dit Bonnet (6), sur la nature de l'affection qui nous occupe: « *Secundò tracheæ ductus, non* » *nunquàm à fibris eorum spasmodicè affectis, pro-* » *priùs contracti et occlusi aeri ad debitam inspiratio-* » *nem aditum negant : hinc cùm nulla sit in pulmo-* » *nibus obstructio, aut mala conformatio nulla in-* » *super diatheses tabida, tamen à fibris istis præter* » *naturaliter convulsis et simul contractis asthmatis* » *paroxysmi horrendi sæpè oriuntur. Præter hos inspi-* » *rationis læsæ casus, subsunt quidam alii qui* » *propter aerem in primo aditu reddunt respirationem* » *difficilem.* »

Willis (7) admet trois espèces d'asthme. Il dit à ce sujet que les anciens médecins et la plupart des modernes ne connaissent que la première, en établissant comme cause unique de cette maladie l'étroitesse des bronches (soit qu'elle résulte de l'obstruction ou de la contraction de ces conduits) qui, ne leur permettant plus d'admettre une quantité d'air convenable, fait que les organes de la respiration fonctionnent avec peine; la seconde espèce qu'il propose d'admettre est la convulsive dans laquelle la matière morbifique partant de divers points, peut se porter sur tous les organes qui servent à la respiration et paralyser leur action; la troisième espèce est l'asthme mixte qui se rattache à la fois à ces deux causes.

F. Hoffmann (1) admet aussi plusieurs espèces d'asthme selon que la cause qui le produit est du mucus qui obstrue les bronches, ou un état spasmodique des organes consacrés à la respiration.

Sauvages (2) a placé l'asthme dans la 5e classe qui comprend les anhélations, 2me ordre, asthme. Selon ce nosologiste, le principe morbifique et prochain de l'asthme consiste dans un obstacle qui, revenant périodiquement, s'oppose aux mouvemens alternatifs de dilatation et de resserrement du poumon. Il ne se prononce pas sur la nature de cet obstacle.

Cullen (3) a classé l'asthme parmi les affections spasmodiques des fonctions vitales. Suivant lui, la cause prochaine de cette maladie consiste dans une contraction spasmodique des fibres musculaires des bronches laquelle s'oppose non seulement à la dilatation nécessaire pour que l'inspiration soit libre et entière, mais produit aussi une rigidité qui empêche que l'expiration ne se fasse librement et complétement.

Pinel (4), dans sa *Nosographie philosophique*, place l'asthme parmi les névroses de la respiration. 2e sous-ordre, 37e genre.

Michel Ryan (5), auteur d'un ouvrage publié en 1798, attribue l'asthme à l'impression de l'air froid sur le poumon et au spasme tonique de l'organe qui en est la suite.

Fédérigo pense que tout ce qui peut léser les mouvemens inspirateurs et expirateurs peut devenir cause de l'affection asthmatique. Une de ces causes peut résulter de ce que le larynx, la trachée-artère et les bronches, devenus durs, inflexibles ou contractés spasmodiquement, s'opposent à la libre entrée de l'air.

Robert Brée (6), qui était asthmatique, admettait quatre espèces d'asthme. Il définit cette maladie une contraction excessive des muscles de la respiration, sans fièvre, et déterminée par une irritation qui a son siége dans quelques viscères aux fonctions desquelles ces muscles participent

Laënnec (7) regarde le catarrhe pulmonaire chronique comme la cause la plus ordinaire de l'asthme. Il a reconnu, après Reisseissen, l'existence des fibres musculaires autour des ramifications bronchiques; et il est convaincu que les vésicules pulmonaires, ainsi que ces

(1) Lib. 3, page 481.
(2) Vol. 1, page 223.
(3) Lib. 2, cap. 2, part. 3, 379.
(4) Lib. 7, pag, 245.
(5) *Œuvres de médecine pratique*, t. 2, page 322
(6) *Sepulchretum*, lib. 2, sect. 1.
(7) *De medicamentorum operationibus*, cap. 12, pag. 107.

(1) *Opera omnia*, t. 3. sect 2, cap. 2, pag. 96.
(2) *Nosologie méthodique*, t. 2, page 90.
(3) *Elémens de médecine pratique*, t. 2, page 582.
(4) *Nosographie philosophique*, t. 3, page 236, 5e édition.
(5) Sprengel, *Histoire de la méd.*, t. 6.
(6) *Recherches pratiques sur les désordres de la respiration*, traduit par Ducamp, 1819.
(7) *Auscultation*, t. 2, page 280, 3e édition.

ramifications, peuvent se contracter spasmodiquement.

M. Delens (1) place le siége de l'asthme dans les cellules bronchiques et plus particulièrement dans l'appareil musculaire de Reisseissen. Selon lui, le râle sibilant sec ne provient que du rétrécissement de l'orifice des vésicules.

M. Bégin (2) croit que la cause de l'asthme est une irritation portée sur la membrane muqueuse des voies respiratoires, et qu'il détermine secondairement la contraction sympathique des muscles des bronches et des parois de la poitrine.

M. Bricheteau (3) semble partager l'opinion de M. Bégin, qui place la cause première de l'asthme dans la membrane muqueuse du poumon irritée ou enflammée, en demandant toutefois qu'on laisse le nom d'asthme à cette espèce de phlegmasie de la membrane muqueuse des bronches susceptible de produire un resserrement ou une obstruction de ces conduits aérifères. Peut-être, dit-il, les nerfs jouent-ils un rôle dans ce resserrement spasmodique.

Reissessein et M. Cruveilhier (4), après une suite d'expériences entreprises dans le but de déterminer la disposition anatomique et l'action physiologique de l'appareil musculaire bronchique, se sont crus fondés à admettre que dans l'asthme il y a rétrécissement des bronches dû au spasme des fibres musculaires qui les composent.

M. Broussais (5), après avoir placé l'asthme parmi les névroses des fonctions intérieures, affirme que la cause des phénomènes qui constituent l'asthme réside dans un état spasmodique du cœur, considéré comme régulateur principal de la respiration. Du moment où son action est troublée, celle des poumons l'est également.

M. Rostan (6) déclare que l'asthme est toujours une affection symptômatique d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux.

Enfin Georget (7) dit que la cause des phénomènes de l'asthme doit être cherchée dans le cerveau et le rachis et non dans le cœur ou le poumon.

On voit, d'après cet exposé, que l'opinion dominante sur la nature de la maladie que nous étudions est qu'elle est due à un rétrécissement momentané des tuyaux bronchiques; seulement la cause de ce rétrécissement est diversement expliquée. Plus on se rapproche de l'époque actuelle, plus il y a d'accord pour l'attribuer à un spasme des muscles des bronches. La structure musculaire des conduits aériens, entrevue par Morgagni, n'a été bien démontrée que par les travaux de Reisseissein, qui ont paru au commencement de ce siècle. C'est de cette époque que date également une plus grande uniformité de sentimens sur la nature de l'asthme. En déclarant que c'est aussi le nôtre, et que nous adoptons plus particulièrement les idées de MM. Begin, Bricheteau et Laënnec, nous croyons devoir présenter les raisons qui nous ont convaincu, et déduire également celles qui nous ont fait rejeter les idées de MM. Rostan et Georget.

(*La suite à un prochain N°.*)

(1) *Biblioth. méd.*, t. 73.

(2) *Journ. complémentaire*, t. 5.

(3) *Archives générales*, t. 9.

(4) *De fabricâ pulmonum anatom. pathol.*

(5) *Commentaire des propositions de pathologie*, page 597.

(6) *Nouveau Journ. de méd.*, septembre 1818.

(7) *Physiologie du système nerveux*, t. 2, page 406.

N° 32. — 8 Aout.

MÉDECINE ÉTRANGERE.

Péricardite obscure; dilatation du cœur; végétations globuleuses dans l'oreillette gauche, le ventricule gauche et l'oreillette droite; œdème de l'arrière-bouche, du larynx et de la glotte; mort par suffocation; par le docteur Samuel Jakson (1).

M., âgé de 54 ans, d'un tempérament sanguin-nerveux, ayant joui d'une santé généralement bonne, excepté dans ses premières années où il avait été atteint d'inflammation aiguë des viscères abdominaux, était engagé depuis plusieurs années dans des affaires qui exigeaient beaucoup d'activité, et qui étaient souvent pour lui la source de vives inquiétudes. Il usait tous les jours, mais avec modération, de boissons spiritueuses. Au commencement de janvier 1834, il revenait d'un voyage fatigant de douze cents milles, pendant lequel il avait été exposé au froid. L'état des routes ne permettant pas aux voitures de partir, pour ne pas retarder son retour, il traversa un pays de montagnes dans un chariot découvert et non suspendu, où il fut exposé au froid et aux cahots les plus violens. Arrivé chez lui, fatigue extrême qui le force à garder le lit pendant deux jours. Il reprit ensuite ses affaires; mais sa respiration devenait gênée quand il montait un escalier; il se fatiguait facilement, et poussait souvent de profonds soupirs. Le 29 janvier, le docteur Jakson le trouva dans l'état suivant: Toux, oppression, pas de chaleur à la peau, visage pâle, pouls très-faible et fréquent, poitrine résonnant bien partout, bruit respiratoire pur, battemens du cœur fréquens, se faisant entendre faiblement. *Un vésicatoire fut placé sur la poitrine.* Le lendemain il y avait de l'amélioration.

Le 1er février, nuit agitée, sensation difficile à décrire dans la poitrine, peau fraîche et ridée. *Emulsion avec l'assa-fœtida et l'extrait d'opium.*

Le 2, nuit agitée, peau froide et pâle, visage ayant l'apparence de la cire, anxiété considérable, aucun signe de maladie vers le poumon, le cœur seul parut malade, pouls irrégulier, trop fréquent pour être

(1) *The american journal of the med. sc.*; février 1835.

compté, bruits du cœur faibles et peu distincts : cet organe semblait fonctionner péniblement; aucun bruit morbide, facultés intellectuelles intactes, état satisfaisant des organes digestifs. *On prescrit un traitement stimulant où entre le carbonate d'ammoniaque.*

Le 3, nuit plus tranquille, pendant laquelle il y a eu une syncope incomplète; mêmes signes du côté des poumons et du cœur, prostration; dans l'attitude horizontale, le visage est pourpre par suite de la stagnation du sang veineux; quand la tête est relevée, le visage devient pâle immédiatement; les veines des membres sont distendues, et ne peuvent être vidées par la pression de bas en haut, sur leur trajet. *Sinapisme le long du rachis, résicatoire sur la région du cœur et aux membres inférieurs, un grain de calomel d'heure en heure.* Il ne survint aucun changement dans la journée. On crut devoir administrer les boissons stimulantes prescrites ci-dessus pour s'opposer aux lypothymies sans cesse imminentes. *Le soir, on donna 35 gouttes de teinture d'opium.*

Le 4, dans la nuit, une lipothymie; le matin, pouls fréquent, irrégulier et faible, respiration très-laborieuse; une selle naturelle la nuit, langue humide et nette, épuisement. *On continue les stimulans et on leur ajoute des potages nourrissans.* Dans la journée, il y eut des syncopes fréquentes, avec sueurs froides et pouls à peine perceptible. *On prescrivit le mélange suivant : sulfate de quinine, 12 gr., élixir de vie, demi-gros, sirop de gingembre, demi-once, eau commune, une once et demie, à prendre par cuillerées d'heure en heure : on continue d'ailleurs l'usage des stimulans.* Le pouls se releva un peu, et les doigts devinrent moins livides.

Le 5, nuit plus tranquille, moins d'affaiblissement, circulation meilleure. *On diminue les stimulans de moitié; on donne des potages.* La nuit suivante un incendie voisin trouble le sommeil du malade; renouvellement des lypothymies. *On revient aux stimulans.* Trois selles naturelles dans la journée; augmentation de la soif. *Les stimulans sont remplacés par de petits morceaux de glace destinés à étancher la soif.*

Le 7, nuit bonne, augmentation des forces, aucun stimulant n'a été pris pendant la nuit; langue rouge, couverte d'un enduit blanc; soif vive. Dans la soirée, prostration, respiration laborieuse, pouls irrégulier. *Prescription stimulante où entre le sulfate de quinine.* Le soir pas d'amélioration. *Carbonate d'ammoniaque avec petit lait au vin.* (wine-whey).

Le 8, nuit agitée; langue plus humide, trois selles naturelles dans la nuit; pouls petit, faible, irrégulier; veines distendues, respiration précipitée et irrégulière. *Médicamens stimulans; frictions stimulantes sur le rachis.*

Le 9, nuit passable; du reste même état. *Les stimulans sont suspendus, excepté l'esprit de camphre qui est continué à la dose de 2 grains toutes les deux heures.*

Le 10, dans la nuit, le malade devient enroué; douleurs de la gorge, obstacle à la respiration et à la déglutition, toute l'arrière bouche est tuméfiée, la luette est gonflée, le voile du palais offre une convexité inférieure qui lui donne l'aspect d'une vessie distendue; ces parties sont à peine rouges, peau plus chaude, pouls plus fort. *Sinapismes autour du cou, gargarismes avec l'infusion de Cayenne et avec une solution d'iode alternativement tous les quarts-d'heure.* Une ponction dans le voile du palais fit couler une sérosité claire. A une heure après midi, la dyspnée et la sensation de suffocation augmentèrent. On promena la solution de nitrate d'argent dans l'arrière-bouche, et l'on fit une nouvelle ponction sur les parties tuméfiées. Le malade avala assez facilement un peu de gruau au vin : il disait avoir appétit. A 4 heures, augmentation de la tuméfaction du gosier; imminence de suffocation. Le danger devint si pressant, que le docteur Jakson envoya chercher un chirurgien pour pratiquer la trachéotomie, et en même temps, il scarifia largement la tumeur qui remplissait complètement l'arrière-bouche. Il s'écoula une sérosité claire, sanguinolente, très abondante, mais sans Soulagement. La suffocation étant de plus en plus imminente, M. Jakson se vit dans la nécessité d'opérer lui-même. A l'incision de la peau, il s'écoula avec abondance une sérosité sanguinolente qui remplissait le tissu cellulaire. Une petite ouverture fut pratiquée à la trachée; mais, au moment de l'inspiration, la sérosité y pénétra avec force. Alors la suffocation fut complète.

L'autopsie fut faite 24 heures après la mort par le docteur Mutter, en présence des docteurs Jakson et Goddarh.

Extérieur. — De nombreuses taches, variables pour l'étendue, d'une à deux lignes jusqu'à quelques pouces, occupaient la partie antérieure de la poitrine, la partie postérieure du tronc et la moitié supérieure des membres thoraciques. Ces taches étaient de la couleur des mûres, et ne parurent que quelques heures après la mort; elles étaient dues à un épanchement de sérosité sanguinolente dans le tissu cellulaire. Embonpoint considérable.

Cou. — La partie antérieure du cou présentait surtout cette coloration semblable à celle des mûres. Lorsqu'on incisa les tégumens, pour disséquer le larynx et la trachée, il s'écoula une grande quantité de sérosité rouge-noirâtre. La dissection étant plus avancée, l'écoulement devint assez considérable pour retarder l'opération et exiger l'emploi continuel des éponges. Cette sérosité occupait non seulement le tissu cellulaire superficiel, mais encore le tissu cellulaire profondément situé, jusqu'à la colonne vertébrale. A mesure qu'elle s'écoulait, les parties reprenaient leur coloration normale.

Larynx. — Le tissu cellulaire du larynx, soit intérieur, soit extérieur, était considérablement infiltré; mais, à l'intérieur, la sérosité était transparente. L'œdème intérieur commençait au sommet du cartilage épiglottique, s'étendait au-dessous des cordes vocales, et variait pour l'épaisseur d'une à six lignes. Le gonflement le plus considérable avait son siége dans les replis aryténo-épiglottiques et dans le tissu cellulaire qui entoure les cartilages aryténoïdes. Ce gonflement

était tel que l'ouverture supérieure de la glotte était presque entièrement oblitérée. La glotte était complétement fermée. Les ventricules de Morgagni étaient presque entièrement comblés. La membrane muqueuse du larynx et de la trachée avaient un aspect tout à fait normal : les cartilages étaient également sains.

Thorax. — Poitrine bien développée et bien bombée en avant. Percussion normale, excepté à la partie antérieure et inférieure du côté gauche, où le son était mat. Incision des tégumens suivie de l'écoulement d'une grande quantité de sérosité sanguinolente. Le péricarde occupait une plus grande portion de la cavité thoracique gauche qu'à l'ordinaire, et débordait de beaucoup dans la cavité droite. La face postérieure était unie au diaphragme par un tissu cellulaire court et résistant. Il contenait environ deux onces de sérosité couleur de paille, et était tapissé intérieurement par une fausse membrane, qui s'étendait à presque toute sa surface, mais était mieux organisée dans le point correspondant au sommet du cœur. Cette fausse membrane variait pour l'épaisseur d'une à deux lignes, était très-solide et très-adhérente. Il y avait en outre plusieurs brides de lymphe organisée, longues de deux à cinq lignes, très-fortes, s'étendant du péricarde au cœur, et réunissant ces deux organes à tel point que les mouvemens du cœur devaient en avoir été gênés. Du reste, les deux feuillets du péricarde n'étaient point épaissis et n'offraient aucune autre altération. La surface du cœur était inégale, de couleur orangée ou jaune paille. Cet aspect était dû à la présence d'une fausse membrane, semblable à celle qui tapissait le péricarde. Elle s'étendait à presque toute la surface du cœur et consistait dans deux couches, l'une homogène, d'environ une ligne d'épaisseur, adhérait très-intimement au cœur. Les brides indiquées ci-dessus semblaient prendre leur insertion dans ce premier feuillet. L'autre, située par dessus la première, était plus molle, de couleur orangée, d'une ligne d'épaisseur, et un peu mamelonnée.

Le cœur égalait presque en grosseur celui d'un veau d'un an; son tissu avait sa couleur naturelle, mais il était un peu ramolli.

Oreillette droite. — Cette oreillette était considérablement dilatée; ses parois étaient légèrement hypertrophiées, surtout celles du sinus. En ce dernier endroit, elles avaient deux ou trois lignes d'épaisseur. Plusieurs tumeurs de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une grosse fève, d'une forme particulière, blanchâtres ou légèrement tachetées, étaient situées entre les colonnes charnues, et semblaient en quelque sorte naître de la membrane qui tapisse l'oreillette. Ces tumeurs étaient généralement sphéroïdes, mais présentaient un grand nombre de facettes, ce qui leur donnait l'apparence d'être revenues sur elles-mêmes, et les rendait comme ratatinées. Elles adhéraient à la membrane par un pédicule étroit ou par plusieurs filamens. Incisées, elles offrirent une matière grise, rougeâtre, demi-liquide, semblable à du sang désorganisé ou à la lie épaisse du vin rouge, renfermée dans une capsule blanchâtre, assez résistante, qui semblait parfaitement organisée. Ces tumeurs étaient situées le long de la partie supérieure du sinus; la plus grosse de toutes était adhérente à la division antérieure de la valvule tricuspide; elle égalait en volume une grosse aveline, et devait avoir opposé un obstacle réel à la circulation veineuse.

Ventricule droit. — Cette cavité était remplie par un caillot noir, qui s'étendait dans l'orifice de l'artère pulmonaire; elle était un peu dilatée, mais moins que les autres cavités du cœur: ses parois étaient un peu hypertrophiées et avaient une consistance normale. Les colonnes charnues et les cordes tendineuses étaient beaucoup plus volumineuses qu'à l'ordinaire. Dans l'angle antérieur de cette cavité et dans un point qui correspond à la paroi antérieure du cœur, quand cet organe est en place, il y avait un groupe volumineux de tumeurs entièrement semblables aux précédentes, mais plus grosses et en partie cachées par les colonnes qu'il fallut diviser pour bien voir ces tumeurs en place. L'orifice de l'artère pulmonaire et les valvules correspondantes étaient d'un rouge sombre. Les valvules auriculo-ventriculaires droites, à l'exception de l'antérieure, étaient saines.

Oreillette gauche. — Elle était dilatée avec une légère hypertrophie. On n'y trouva aucune tumeur, les orifices des veines pulmonaires n'offrirent rien d'anormal.

Ventricule gauche. — Cette cavité était également dilatée; ses parois n'étaient point hypertrophiées; quelques-unes de ses colonnes charnues parurent plus volumineuses et plus fermes qu'à l'ordinaire. Dans la partie de cette cavité qui forme le sommet du cœur, il y avait plusieurs tumeurs semblables aux précédentes. C'est là qu'on trouva la plus grosse de toutes; elle égalait une noix anglaise; sa surface était muqueuse; elle renfermait la même matière que les autres. La valvule mitrale était saine. L'orifice et les valvules de l'aorte présentaient la même couleur rouge-sombre que l'artère pulmonaire.

Système artériel. — La membrane interne de l'aorte, à partir de son entrée jusqu'un peu au-dessous de sa courbure, était couverte par une couche de lymphe coagulable, d'une demi-ligne d'épaisseur et en apparence de nouvelle formation, car on pouvait l'enlever avec facilité : sa surface était parfaitement polie. Lorsqu'on souleva cette fausse membrane, la membrane interne de l'artère offrit des traces d'inflammation aiguë, savoir, une teinte de vermillon brillante et persistante, une augmentation d'épaisseur et une dégradation de la couleur rouge à quelques pouces au-dessous de la courbure. Les valvules étaient recouvertes, à leur base seulement, par la fausse membrane. L'artère pulmonaire offrit les mêmes altérations. Cette exsudation albumineuse à la surface de la membrane interne des artères est considérée par Baillie, Laënnec, Andral, Gendrin, Guthrie, etc., comme l'indice le plus certain d'une phlegmasie.

Les viscères abdominaux étaient tous sains : le cerveau et la moëlle épinière ne purent point être examinés.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions : Laënnec a déjà décrit, sous le nom de *Végétations globuleuses* (Auscultation, tome III, page 233, 3e édition), des tumeurs arrondies trouvées dans la cavité du cœur, et qui ne diffèrent de celles observées dans le cas présent, qu'en ce que leur surface est lisse, polie, et d'un blanc jaunâtre; tandis que ces dernières offraient un grand nombre de facettes et avaient une surface rugueuse et comme ridée. Le docteur Jakson ne risque aucune explication touchant le mécanisme de leur formation, qui lui échappe entièrement. Suivant lui, la péricardite n'avait été révélée pendant la vie par aucun signe positif. L'irrégularité des contractions du cœur peut exister indépendamment d'une péricardite; et en effet, chez un malade, chez lequel il avait diagnostiqué cette phlegmasie, en s'appuyant sur une telle irrégularité accompagnée d'une grande faiblesse de contractions, il ne trouva sur le cadavre qu'un ramollissement avec ulcération du tissu du cœur. Dans le cas qu'on vient de lire, il ne rencontra ni l'état fébrile, ni la douleur aiguë, ni les pressentimens sinistres qui accompagnent ordinairement la péricardite. Même, après les résultats de l'autopsie cadavérique, il n'ose décider s'il aurait mieux valu recourir aux émissions sanguines, malgré la prostration des forces, que de prodiguer les stimulans. Il juge, d'après les effets produits par ces derniers, qu'ils étaient réellement indiqués. Mais, dit-il, l'œdème mortel ne fut-il pas un des effets de ces stimulans? Et il ajoute : Pourquoi leur action se serait-elle limitée au gosier? L'aortite exista aussi à l'état latent. Le pouls ne fut ni tendu ni dur. Ce qui s'opposa à la manifestation de ce symptôme, ce sont sans doute l'irrégularité et la faiblesse des mouvemens du cœur. La cause immédiate de la mort sembla entièrement indépendante des lésions des organes centraux de la circulation. Les symptômes de ce côté cédaient; il y avait une amélioration marquée, lorsque, sans cause appréciable, il se forma un œdème du larynx qui suffoqua le malade. La cause était toute locale, dit-il, puisque l'œdème était limité.

Relativement à la cause de la formation des *végétations globuleuses*, Laënnec a cru devoir, ainsi que le docteur Jakson, rester dans une incertitude complète. Il a toutefois fait quelques efforts pour démontrer que ces végétations ne peuvent point être le résultat de l'inflammation du cœur ou de sa membrane interne. L'opinion qu'il combat se trouve pourtant implicitement renfermée dans sa propre argumentation; et il me semble qu'elle prend un nouvel appui dans l'observation curieuse, à plus d'un titre, qu'on vient de lire. A cette occasion, Laënnec rapporte l'observation suivante: « Une jeune fille, dans un moment de chagrin violent, avala une once d'arsenic. Elle échappa, d'une manière inespérée, aux accidens déterminés par cet empoisonnement. L'année suivante, un nouveau chagrin la précipite encore dans le désespoir, et elle s'empoisonne de nouveau par l'arsenic. Cette fois elle succomba. A l'ouverture du corps, on trouva, outre les lésions dépendant de l'empoisonnement récent, un kyste de la grosseur d'un œuf d'oie, qui paraissait récemment décolé du voisinage du pylore, où l'on voyait encore les traces de son adhérence. Ce kyste contenait une once d'arsenic cristallisé; ses parois, épaisses d'environ une ligne, présentaient une consistance et une texture tout à fait semblable à celle des fausses membranes pleurétiques déjà anciennes, et qui ont de la tendance à se transformer en membranes fibreuses. Dans ce cas, il est évident, poursuit Laënnec, que l'arsenic avalé en poudre grossière, dans une petite quantité de liquide, produisit sur les parois de l'estomac une première impression assez vive pour déterminer une inflammation soudaine et la sécrétion instantanée d'une lymphe plastique qui enveloppa sur-le-champ le poison. *Les végétations globuleuses présentent la même force et la même consistance que le kyste dont je viens de parler...* » (*Ibid.*, p. 237.) Puisque ce kyste était un produit évident de l'inflammation, pourquoi les végétations globuleuses qui sont de même nature ne pourraient-elles point reconnaître la même origine? C'est, dit Laënnec *parce qu'elles ne contiennent aucune substance qui paraisse irritante pour avoir pu déterminer l'inflammation des parois du cœur!* Mais n'existe-t-il donc qu'une seule cause d'inflammation du cœur et de sa membrane interne, la présence d'un corps irritant dans les cavités de cet organe? D'après Laënnec lui-même, l'inflammation peut donner naissance à des productions semblables aux corps en question, et l'analyse qu'il cite ne laisse aucun doute à cet égard. Si donc, par une cause quelconque, une phlegmasie se développe dans la membrane interne du cœur, il *pourra* s'y former de ces *végétations globuleuses*. On concevra surtout la formation de ces petits corps dans les cas où, comme dans celui du docteur Jakson, la phlegmasie aura déterminé une abondante exsudation de lymphe coagulable. Je n'oserais affirmer que ces végétations ne puissent jamais reconnaître pour cause qu'une phlegmasie; mais il me semble qu'une telle étiologie est très admissible dans beaucoup de cas; et l'observation du docteur Jakson est déjà intéressante, comme démontrant la relation qui existe entre les phlegmasies de la membrane interne du cœur et la formation des *végétations globuleuses*. Ces considérations ne sont point sans importance pour la pratique; car on peut admettre que si la maladie avait été traitée dès l'apparition des premiers symptômes par un traitement antiphlogistique suffisamment énergique, on eût peut-être empêché la formation de ces corps globuleux qui ont été, ainsi que nous le verrons, la véritable cause de la mort.

La péricardite, dit le docteur Jakson, *ne s'est révélée pendant la vie par aucun signe positif.* Remarquons que chez ce malade tous les viscères étaient sains, excepté un seul, le cœur et son enveloppe; de sorte que rien ne venait distraire l'attention de l'observateur. Le malade présenta les symptômes suivans : Visage pâle, toux, oppression, agitation, anxiété extrême, pouls petit, irrégulier, trop fréquent pour être compté; battemens du cœur faibles et sourds, lipothymies fréquentes, etc., etc. Ajoutez à ces symptômes la rapidité très-

prononcée de la région précordiale, qui fut observée au moment de l'inspection cadavérique, et dont le docteur Jakson ne paraît pas s'être occupé pendant l'existence de son malade, et l'on ne pourra guère, je pense, se refuser à admettre l'existence d'une péricardite, surtout si l'on réfléchit que tous les autres organes, interrogés avec soin, et en particulier les poumons, ne donnèrent aucun symptôme de souffrance.

Je ne conçois pas qu'après les résultats de l'inspection cadavérique, le docteur Jakson persiste à croire que le traitement stimulant était indiqué chez son malade. Les émissions sanguines auraient incontestablement mieux réussi à faire cesser les lipothymies qui n'étaient qu'un symptôme de la phlegmasie intense du cœur, et non un signe de prostration. Sous l'influence de cette phlegmasie se sont formées les végétations globuleuses, dont une, adhérente à la valvule tricuspide, avait opposé un obstacle considérable à la circulation veineuse. De là, les congestions veineuses et les infiltrations qui en furent la conséquence, et causèrent la mort. Si l'œdème se manifesta surtout vers le larynx, peut-être cela dépendait-il en partie de l'irritation continuelle à laquelle le gosier était soumis pendant l'ingestion des préparations stimulantes qui furent prodiguées au malade.

Les symptômes de l'inflammation de la membrane interne du cœur, de l'artère pulmonaire et de l'aorte, ont pu être en partie marqués par ceux de la péricardite; mais, à cet égard, l'observation du docteur Jakson manque de renseignemens. Ici, du reste, cette insuffisance du diagnostic n'aurait eu aucun inconvénient, puisque le traitement de la péricardite aurait agi en même temps contre la phlegmasie concomittante.

La cause de la mort semble indépendante des lésions du cœur... Sans doute; et il est déplorable de voir que, dans un cas de phlegmasie grave par elle-même, la mort doit être mise sur le compte du traitement et non sur celui de la maladie, qui, mieux traitée, se serait probablement terminée par la guérison. Quant à la prétendue localisation de l'œdème, il suffit pour faire voir ce qu'on en doit penser, de faire observer qu'il s'étendait à presque toute la partie supérieure du tronc, à toute l'épaisseur du cou et en même temps aux membres thoraciques. Dans le larynx il devient mortel en déterminant l'oblitération de la glotte; mais sa cause n'était point dans cet organe, ni dans les régions voisines, elle résidait dans le cœur : c'est cette végétation adhérente à la valvule tricuspide, et qui s'opposait au libre cours du sang veineux. R.

N° 33. — 15 Août.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

Recherches médicales sur la nature et le traitement de la maladie connue sous le nom d'asthme; par Amédée Lefèvre, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, chirurgien de 1re classe de la marine au port de Rochefort, etc.

Troisième et dernier article. (*Voir* les nos 30 et 31.)

Formulant notre pensée, nous disons que l'asthme est dû à une contraction spasmodique des bronches qui peut être produite par toutes les causes qui agissent, soit d'une manière directe, soit d'une manière sympathique, sur la membrane muqueuse pulmonaire.

Les muscles des bronches, aidant probablement à l'action que l'air exerce sur le sang, ont aussi pour fonction, ainsi que l'a démontré M. Brachet, d'aider à l'expulsion des mucosités qui peuvent s'accumuler dans ces conduits. Placés parmi les muscles de la vie organique, ils sont doués des mêmes propriétés et soumis comme eux à l'influence des modifications de la membrane muqueuse qui leur est subjacente. Béclard (1) dit à ce sujet : « L'irritabilité ou la susceptibilité à la con-
» traction des muscles intérieurs est surtout remar-
» quable en ce qu'elle est naturellement excitée par
» des agens locaux qui agissent sur la fibre par l'inter-
» médiaire de la membrane qui la recouvre ; d'autres
» fois la cause agit d'une manière sympathique : ainsi la
» titillation du gosier, la présence d'une bougie dans
» l'urètre, d'un suppositoire dans l'anus détermi-
» nent l'action de l'estomac, de la vessie et de l'intes-
» tin. » Il aurait pu ajouter : un coryza, une angine amènent la contraction des bronches.

Cette contraction est, selon moi, positivement démontrée par tous les symptômes qui caractérisent l'asthme : ainsi le resserrement de la poitrine qu'éprouvent les asthmatiques indique une contraction bronchique. On pourrait au besoin en trouver la preuve dans une observation de M. Andral, consignée dans les *Archives de médecine* pour l'année 1834. Un homme, âgé de 31 ans, succomba à la suite d'une bronchite chronique. Depuis long-temps il éprouvait une sorte de *serrement* un peu au-dessus du sein droit. Après la mort on trouva un rétrécissement permanent de la bronche principale du lobe supérieur du poumon droit. La difficulté avec laquelle se font les inspirations, les puissances musculaires mises en jeu pour les accomplir, indiquent encore une diminution de capacité dans les canaux qui donnent passage à l'air dans l'état ordinaire ; le râle sibilant sec qui se fait entendre ne peut provenir que d'un rétrécissement des parties.

---

(1) *Anatomie générale*, page 547.

Pour prouver maintenant que ce rétrécissement est dû à un spasme musculaire des tuyaux bronchiques, il suffit de se rappeler la marche de la maladie, son intermittence irrégulière, la promptitude avec laquelle elle se déclare, et celle parfois égale avec laquelle elle disparaît; sa faculté d'alterner avec d'autres affections spasmodiques des muscles de la vie intérieure, ainsi qu'a pu le constater Bonnet (1); enfin la suppression de l'expectoration pendant les accès, la forme des crachats quand ils cessent. Les matières de couleur nacrée, vermiforme, dans lesquelles se trouvent parfois emprisonnés des globules d'air, et qui, dans d'autres circonstances, sont tachées par des stries de la matière noire des glandes bronchiques, ne prouvent-elles pas que l'action expulsive des fibres musculaires des bronches, empêchée par le spasme qui s'est emparé d'elles, en a déterminé la stase dans les dernières ramifications bronchiques, et que là, soumis à une pression musculaire, elles se sont épaissies et ont pris la forme des canaux qui les contenaient? Le volume de ces petits cylindres de mucus ne peut jamais être considérable parce que partout où il y a apparence de points cartilagineux, le resserrement bronchique ne pouvant être complet, l'expulsion du mucus peut encore se faire. Quand le spasme cesse, l'action expulsive des muscles se rétablit, et ces corps sont entraînés au dehors en procurant un très-grand soulagement. L'exhalation normale, qui commence à se rétablir au moment où le spasme cesse, est sans doute pour quelque chose dans l'expulsion de ces amas de mucosités.

Nous trouvons de nouvelles preuves à l'appui de notre opinion dans l'étude du mode d'action des causes déterminantes des accès d'asthme. Les plus promptes sont celles qui sont portées d'une manière directe sur la muqueuse pulmonaire. Il est facile d'expliquer le mécanisme par lequel elles agissent chez les personnes qui y sont prédisposées. L'usage des boissons alcooliques donne lieu fréquemment à des accès d'asthme: on se rend raison de ce résultat en se rappelant que la membrane muqueuse pulmonaire est une des voies principales d'exhalation pour les substances volatiles portées dans le torrent circulatoire, ainsi que l'ont prouvé les expériences de MM. Breschet et Milne Edwards (2); et qu'ainsi des molécules irritantes, promptement mises en contact avec cette membrane, peuvent occasioner son spasme.

L'action des causes sympathiques s'explique aussi très-facilement en ayant présent à l'esprit: 1° la solidarité qui existe entre la membrane muqueuse pulmonaire et l'enveloppe cutanée; 2° que c'est le premier contact de l'air sur la peau qui détermine la première inspiration, et que c'est aussi à une impression vive de cet agent qu'on a recours pour rétablir la respiration dans le cas d'asphyxie; 3° combien les diverses conditions de sécheresse et d'humidité de l'air, d'agitation ou de repos de ce fluide, de son état électaique (1) peuvent modifier la nature et la quantité des produits des surfaces cutanée et pulmonaire. On ne doit donc pas être surpris du rôle important que jouent tous ces changemens dans la production des paroxysmes de l'asthme.

Une dernière considération en faveur de l'opinion qui établit la muqueuse pulmonaire comme siége de l'asthme, c'est son état pathologique dans un très-grand nombre de cas. Ainsi M. Rostan lui-même, dans le mémoire où il veut prouver que l'asthme est toujours une affection symptômatique d'une lésion du cœur et des gros vaisseaux, dans six autopsies qu'il décrit, mentionne la rougeur, l'inflammation ou l'épaississement des bronches dans cinq, et dans la sixième il ne parle pas de l'état de ces parties (2). On ne devrait pas être surpris d'ailleurs de ne rien trouver dans les organes, si la maladie était récente, si les accès avaient été séparés par de longs intervalles, car le trouble momentané dont elles sont le siége a besoin d'être renouvelé un grand nombre de fois pour laisser des traces matérielles.

Il nous reste maintenant à examiner l'opinion de ceux qui ont regardé les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux comme causes constantes de l'asthme. Cette opinion est encore partagée par un grand nombre de médecins. En 1818 et 1819, M. Rostan, médecin de la Salpêtrière, publia, dans le *Nouveau Journal de Médecine*, un mémoire dans lequel il déclara que l'asthme est toujours une affection symptômatique, et qu'il n'a jamais rencontré de cas où les symptômes qui caractérisent cette affection ayant existé, il n'ait, après la mort, rencontré des désordres plus ou moins étendus dans les organes de la circulation. Une assertion aussi absolue souleva une vive polémique parmi les médecins. MM. Ducamp, Blaud, Bégin combattirent avec avantage l'opinion du médecin de la Salpêtrière, qui fut soutenue par les docteurs Pascal, Harmant de Montgardy et quelques autres praticiens. Nous croyons, 1° que les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux, qui en effet s'observent souvent à la suite des

(1) Lib. 2, sect. 1, obs. 167

(2) *Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologique et de clinique chirurgicale*, t. 2, 1re partie, 1826.

(1) Un phénomène qu'il convient de se rappeler, lorsqu'on veut expliquer l'action des vicissitudes atmosphériques sur la muqueuse pulmonaire, est celui qui a été constaté par Edward, dans son *Traité de l'influence des agens extérieurs sur la vie.* Dans les lieux élevés où l'air est habituellement sec et froid il y a augmentation notoire de la transpiration par évaporation, soit cutanée, soit pulmonaire. Selon ce physiologiste, cette augmentation agit d'une manière sensible dans la production du sentiment de gène et d'anxiété qu'on éprouve sur les montagnes élevées. Il y contribue plus que la rareté de l'air à laquelle on l'attribue communément. Une action semblable est produite dans les lieux chauds et arides par la sécheresse du vent. On voit que si dans l'état sain ces causes peuvent amener du trouble dans la respiration, à plus forte raison elles doivent le faire chez ceux qui sont prédisposés à l'asthme.

(2) *Nouveau Journ. de médecine*, 1818 et 1819.

asthmes anciens, sont, dans la généralité des cas, l'effet de la maladie et par suite ses plus graves complications; 2° que le spasme bronchique qui constitue l'asthme peut être produit chez les sujets atteints de lésion organique du cœur, mais qu'il n'en est pas la conséquence nécessaire, et que même, dans la généralité des cas, la dyspnée qu'ils éprouvent a un tout autre caractère. Celle-ci, en effet, n'a point de périodicité marquée; elle survient aussi bien le jour que la nuit, bien rarement la respiration est complètement libre, pour peu que les malades agissent ou soient un peu vivement impressionnés; mais la dyspnée qui survient n'est point accompagnée du sentiment de constriction sous-sternale que ressentent les asthmatiques; et qui caractérise si bien l'invasion de leurs accès.

Dans les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, le calme et le repos procurent du soulagement. C'est au contraire après quelques heures de sommeil que l'on voit éclater les accès d'asthme.

Chez les asthmatiques, la poitrine percutée donne une résonnance quelquefois plus grande que dans l'état ordinaire; tandis que dans les affections du cœur et des gros vaisseaux, un défaut de résonnance, dans une étendue plus ou moins considérable, indique le siége de ces affections. Chez les premiers, les mouvemens du cœur sont ordinaires; il n'y a pas d'irrégularités dans ses battemens, ni dans ceux du pouls. La face n'est pas bouffie; elle est rarement colorée, ainsi qu'on l'observe chez les anévrismatiques.

Admettant que l'asthme soit une affection symptômatique des lésions du cœur et des gros vaisseaux, pourquoi les symptômes étant toujours les mêmes, les désordres trouvés après la mort sont-ils si variés? pourquoi chez un grand nombre de sujets, où les accès d'asthme étaient bien caractérisés, n'a-t-on rien trouvé dans les organes de la circulation qui pût rendre raison de leur production? Dans l'opinion de ceux qui font résider la cause de l'asthme dans l'ossification des gros vaisseaux et plus spécialement de l'aorte, pourquoi les jeunes gens sont-ils asthmatiques? Puisque ces ossifications sont, dit-on, le résultat des progrès de l'âge? Pourquoi enfin les paroxysmes d'asthme, ainsi qu'on l'observe souvent, deviendraient-ils moins fréquens à mesure qu'on avance en âge, quand le développement des ossifications suit une marche inverse? Pourquoi, si ce n'est que l'existence de cette maladie est étrangère à la lésion de ces organes? Une raison qui doit encore isoler l'asthme des affections organiques du cœur, c'est que, malgré l'appareil souvent très-grave de ces symptômes, il n'y a pas de danger réel, tandis que dans les lésions des organes de la circulation, la terminaison est presque toujours funeste.

Si nous avons réussi à prouver que les symptômes de l'asthme ne se rattachent point à l'existence des lésions organiques de l'appareil circulatoire, il nous reste à expliquer comment ces lésions se rencontrent aussi fréquemment chez les personnes qui ont longtemps offert des paroxysmes de l'asthme. Que se passe-t-il dans ces maladies? Une convulsion passagère des muscles bronchiques apporte un obstacle au trajet du sang à travers la muqueuse pulmonaire. De proche en proche il y a engorgement dans les divisions de l'artère pulmonaire, l'action du ventricule droit augmente pour surmonter la résistance qui lui est momentanément opposée, et il est aisé de concevoir que cette cause incessamment renouvelée peut amener une lésion matérielle de ce ventricule. Les faits répondent en quelque sorte à cette théorie; et, sur dix observations citées par M. Rostan pour appuyer une opinion contraire à la nôtre, cinq présentent une affection organique du ventricule droit et trois un développement de tout le cœur. Peut-être que les violentes quintes de toux qui signalent le début des accès d'asthme ne sont pas étrangères à ces lésions organiques, car on sait combien elles contribuent au développement des maladies du cœur.

De ce que l'asthme est indépendant des lésions organiques du cœur, de ce que ces lésions en sont très-souvent la conséquence, ce n'est point une raison de croire qu'elles ne puissent influer en rien sur la marche des accès. Nous pensons le contraire, et nous croyons que dans cette circonstance, l'effet réagissant sur la cause, la muqueuse pulmonaire placée entre deux causes incessantes d'excitation, l'air qui lui vient du dehors et le sang qui lui vient du cœur, peut se convulser lorsque le rythme habituel de ces deux agens excitateurs n'est plus le même. Aussi Fédérigo avait-il reconnu d'une manière générale que tout ce qui peut modifier les mouvemens de la respiration, peut devenir la cause de l'affection asthmatique; ou, d'une manière plus exacte, amener le développement d'un accès chez un sujet déjà prédisposé.

Les objections faites aux partisans des lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux peuvent également s'appliquer à ceux qui ont voulu faire jouer le même rôle aux lésions des organes de l'innervation. Ainsi, pourquoi le siége et la nature de ces désordres sont-ils aussi variés quand les accidens qu'ils produisent sont toujours les mêmes? pourquoi ne les rencontre-t-on pas constamment? pourquoi, lorsqu'ils existent, n'y a-t-il pas toujours d'asthme de produit? Ne peut-on pas aussi leur objecter, comme le fait M. Ferrus, que les lésions organiques trouvées dans le cerveau des asthmatiques peuvent fort bien être consécutives au trouble de la respiration et à l'obstacle apporté à la circulation cérébrale par la convulsion des muscles respirateurs; que celles que l'on rencontre dans les nerfs sont aussi le résultat d'un semblable travail? Ainsi nous voyons que l'opinion qui fait résider la cause de l'asthme dans les lésions organiques du système nerveux est tout aussi susceptible d'être contestée que l'opinion qui la fait résider dans les lésions de l'appareil circulatoire.

Après avoir démontré que l'asthme est une affection des bronches produite par des causes qui agissent sur leur membrane muqueuse, et qui déterminent secondairement leur contraction spasmodique, nous avons à nous expliquer sur la nature de cette irritation: est-elle

inflammatoire? est-elle nerveuse? Doit-on lui conserver la dénomination de névrose, qui lui est donnée par un grand nombre de médecins? Nous n'y voyons pas d'inconvéniens; mais, avant tout, il convient de s'entendre sur la valeur des mots; et, dans ce but, nous allons exposer notre sentiment sur ce mode d'irritation.

Qu'est-ce qu'une névrose, sinon un trouble passager survenu dans l'état normal d'une partie, et qui, ne laissant après lui aucune trace matérielle, a été attribué à une lésion de l'innervation? Mais connaissons-nous assez bien ce qui se passe dans l'intimité de nos organes pour préciser ainsi la fonction qui y est lésée? Le mot névrose n'a-t-il pas été, dans bien des circonstances, employé pour cacher notre ignorance? Ne l'a-t-on pas appliqué à une foule de désordres fonctionnels dont on ne pouvait se rendre compte, et qui, plus tard, ont été reconnus d'une toute autre nature? Ne peut-on pas croire qu'on l'ait aussi fait pour l'asthme? En conservant cette dénomination, voici comment nous en donnons l'explication: Dans la membrane muqueuse du poumon, comme dans tous les autres tissus, la puissance nerveuse et le sang s'influencent réciproquement; mais aussi, comme sur tous les points de l'organisme, le tissu nerveux, sentinelle vigilante de la vie, est le premier impressionné par les agens extérieurs. C'est la modification qu'il éprouve par suite de cette action, qui constitue la névrose; et nous croyons qu'il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'il peut y avoir alors un changement matériel dont la fugacité soit telle qu'il n'en reste rien après la mort. Mais, si cette modification est souvent renouvelée, ce changement devient stable et il constitue ce qu'on a désigné sous le nom d'inflammation aiguë ou chronique, selon son intensité: c'est ce qu'a constaté Laënnec en disant qu'il n'a rencontré que chez un petit nombre d'asthmatiques les signes du spasme pulmonaire sans aucune complication de catarrhe; c'est ce que M. Rostan confirme lui-même en mentionnant l'état pathologique des bronches dans la plupart des cas qu'il a rapportés. C'est enfin ce qui rend raison de la division qu'ont établie les pathologistes de l'asthme en sec et humide, espèces qui se succèdent par le fait de la durée de la maladie, et qui n'en sont réellement que deux degrés.

Par cette théorie il est facile de se rendre compte de la répétition fréquente des accès à la plus légère cause, en se rappelant que, lorsque les expansions nerveuses sensitives ont pris l'habitude de l'irritation, un rien la renouvelle.

Résumé — De tout ce qui précède, il résulte que les causes susceptibles de produire l'asthme portent d'abord leur action sur l'élément nerveux de la muqueuse pulmonaire; que consécutivement à cette impression, un changement matériel a lieu dans cette membrane, et qu'un spasme tonique s'empare de la couche musculaire sous-jacente, et donne lieu aux phénomènes qui constituent cette affection. La répétition fréquente des accès entraîne à la longue des altérations de texture dans la partie qui en est le siége; et ces altérations se confondent avec celles qui caractérisent les altérations chroniques. C'est en effet sous cette dénomination qu'on connaît aujourd'hui la plupart des anciennes névroses. Cette étiologie bien établie, les divisions nombreuses admises par les auteurs doivent tomber, et on ne peut plus admettre que deux espèces d'asthme: un simple et un compliqué.

§ III. — *Pronostic.*

Le pronostic de l'asthme simple n'est point fâcheux. C'est une croyance populaire qu'une longue existence est promise aux asthmatiques. Floyer est mort à 80 ans; et il ne se rappelait pas l'époque où il en avait ressenti la première atteinte. Ce médecin dit avoir rencontré des asthmatiques qui, d'après leur rapport, ont souffert de cette maladie pendant cinquante ans, sans cependant cesser, quant au reste, d'être en bonne santé, sans éprouver aucune altération considérable dans les poumons, sans être obligé de renoncer à leurs occupations, et « C'est, dit-il, un fait que j'aime à me rappe-« ler pour encourager mes malades et me consoler moi « même. Cette incommodité, en effet, ne m'a point « empêché d'étudier, de me promener, de monter à « cheval, d'exercer ma profession; de manger, de boire « et de dormir aussi bien que jamais; et je ne m'aper-« cois encore d'aucune altération dans mes poumons.

Les accès les plus graves, ceux qui pour un observateur sans expérience sembleraient mettre la vie du malade en péril, se terminent presque toujours sans accidens fâcheux.

Le pronostic de l'asthme est d'autant plus favorable que les accès se produisent moins souvent, et qu'ils sont moins intenses. Quand ils sont de longue durée, qu'ils reparaissent à de courts intervalles; on doit redouter la production de lésions organiques des organes de la circulation ou de ceux de l'innervation. L'emphysème pulmonaire peut aussi résulter de violens paroxysmes, en déterminant la rupture de quelques cellules pulmonaires, et cette complication est souvent mortelle. Les journaux de médecine en ont récemment présenté quelques observations remarquables.

Quand l'asthme est compliqué, le pronostic varie suivant la nature des complications.

Lieutaud avait dit au sujet du pronostic: L'asthme invétéré se guérit très-rarement; mais les asthmatiques peuvent parvenir à une très-grande vieillesse. Les palpitations, les syncopes, la paralysie des extrémités supérieures sont, dans cette maladie, des accidens redoutables.

Sennert (1) avance que les jeunes gens guérissent difficilement et les vieillards presque jamais. Cela s'explique par les lésions organiques qui viennent compliquer la maladie dans les derniers temps de la vie. Selon le même auteur, l'asthme héréditaire est incurable. On le conçoit facilement, puisque alors les mala-

(1) Lib. 2, cap. 2, part. 4.

des ont une disposition organique qui favorise le renouvellement des paroxysmes.

Sauvages (1) pense que l'asthme est plutôt une maladie de longue durée qu'une maladie chronique, puisqu'elle met à peine la vie en danger, du moins l'asthme ordinaire qui vieillit avec le malade.

Hippocrate a dit au sujet du pronostic: *Qui gibbi ex asthmate aut tussi fiunt antè pubertatem moriuntur.*

Galien: *Asthma si valdè senibus excititur moriuntur.*

Chapitre IV. *Traitement.*

Peu fixés sur la nature et sur le siége de la maladie, les praticiens l'ont été encore moins sur les moyens capables de la modifier avantageusement. On voit les humoristes recourir aux maturatifs pour favoriser la coction et l'expuition des humeurs (Rivière, Sennert). Les partisans de la doctrine des signatures conseillent les bouillons de poumons de renard, de lièvre, de cerf, de gazelle, sans doute pour communiquer aux malades la faculté de courir, qui leur est momentanément enlevée (Avicenne, les Arabes). Le bouillon de vieux coq joue un grand rôle dans les prescriptions des anciens médecins.

Celse (2), le premier parmi eux, a donné les préceptes assez sages et qu'il convient de se rappeler. Il conseille la position élevée de la tête dans le lit, de couvrir la poitrine de cataplasmes chauds. de faire usage de boissons douces et d'alimens de même nature, de préférer les médicamens qui portent aux urines. Rien, dit-il, n'est plus avantageux que la promenade lente, presque jusqu'à lassitude; que de nombreuses frictions, surtout sur les parties inférieures, soit au soleil, soit au feu, et poussées jusqu'à la sueur, et que l'application de cataplasmes chauds à la gorge et de bains de vapeur dirigés vers la bouche.

Baglivi (3) conseille aux asthmatiques l'air de la campagne; voici dans quels termes: *In diuturno asthmate, sive humorali, sive convulsivo, aerem rusticum ægrotantibus impero, et potissimùm, ut campos habitent quos arant bubulci: debet itaque asthmaticus sequi bubulcum quando terram arat, et incedere per sulcum, sive viam ab aratro recenter in terrâ factam, et aperto ore respirare aerem, sive halitus nitroso salinas ac sulfureas à recenter ruptis terræ glebis prodeuntes; tonus pulmonum longo morbo relaxatus, nitro-salinâ centralis terræ caloris substantiâ roboratus, confirmatur et restituitur, eoque restitus circulus quoque liquidorum per pulmonum telas in libertatem ponitur morbusque profligatur.*

Les balsamiques, les incisifs, les expectorans ont été mis en usage par ceux qui ont voulu favoriser l'issue des humeurs qu'ils regardaient comme cause de la maladie. Ils y joignaient l'emploi des révulsifs et des dérivatifs.

Les antispasmodiques, les narcotiques, les stupéfians ont été la ressource des partisans de l'influence nerveuse dans la production des phénomènes de cette maladie.

L'athmiatrie a joué un rôle dans le traitement de l'asthme. On doit à Fourcroy (1) et à Beddaës d'avoir conseillé l'inspiration de l'oxigène comme moyen de guérison; d'autres médecins ont vanté l'inspiration du chlore mêlé dans de faibles proportions à l'air de l'appartement qu'habite le malade, et ils prétendent en avoir obtenu de bons effets.

On a même été jusqu'à conseiller des fumigations arsenicales; mais l'emploi d'un pareil médicament ne saurait être sans danger pour les malades. C'est par erreur qu'on y a eu recours et par la confusion qu'on a faite du sandarach des Grecs, qui est le sulfure rouge d'arsenic, avec le sandarach des Arabes, qui est la gomme du génevrier, dont les vapeurs ont pu soulager dans la complication de l'asthme avec le catarrhe pulmonaire chronique.

Le traitement de l'asthme doit varier selon son état de simplicité ou de complication; il doit aussi varier selon qu'on est appelé pendant les accès ou dans les intervalles.

Le premier soin que doivent avoir ceux qui ressentent les avant-coureurs d'un accès d'asthme, c'est de respirer un air libre et frais; de prendre une position qui rende aussi faciles que possible les divers mouvemens de la respiration: de débarrasser le corps des liens ou des vêtemens qui pourraient s'opposer à la liberté de ses mouvemens; de garder le silence et le repos le plus parfaits Les asthmatiques ne devront chercher à se mettre au lit que lorsqu'ils sentiront l'influence du sommeil assez grande pour leur donner l'espoir d'être promptement endormis; sans cela ils verront toujours les symptômes s'aggraver. Sous l'empire de ces moyens, j'ai souvent vu les accès être moins graves. L'influence de la lumière soulageant beaucoup, il est convenable que les asthmatiques aient une lampe allumée dans leur appartement. Quand cette précaution a été négligée, ils doivent, aussitôt qu'ils ressentent les prodrômes d'un accès, se procurer de la lumière: toujours je me suis trouvé mieux sous son influence.

Presque tous les praticiens se sont accordés sur les bons effets qu'on retire de l'emploi des dérivatifs, tels que pédiluves, manuluves irritans, frictions sèches sur la périphérie. Hérodote avait conseillé les bains de sable chaud aux asthmatiques (2). Je dois dire que si dans le cours des accès ces moyens ne m'ont point paru avoir d'effets bien marqués, j'ai cependant ressenti du soulagement de quelques-uns qui leur sont analogues. Ainsi, en Turquie, l'usage des bains d'étuves humides et des frictions dont on les accompagne m'a presque toujours

(1) *Nosologie méthodique*, t. 2, page 94.
(2) Lib. 4 *De re medicâ.*
(3) *Opera*, pag. 107.

(1) *Annales de chimie*, t. 4.
(2) Sprengel, *Hist. de la méd.*, t. 2.

préserve d'avoir un second accès, quand j'y avais recours immédiatement après le premier. Le soin de faire chauffer mon lit, ou l'action d'un feu ardent avant de me coucher, produisent sur moi une dérivation qui m'a souvent préservé d'un accès, quand déjà j'en ressentais les avant-coureurs.

Lorsqu'il y a imminence de suffocation, ou qu'on peut supposer une congestion pulmonaire; qu'il existe une complication avec quelque affection organique du cœur, une saignée semble indiquée. Hippocrate, Baglivi, Sennert, Haller, Bosquillon, Castel l'ont conseillée. Ils ont vu les accidens graves disparaître à la suite de son emploi; mais l'asthme par lui-même n'en paraît pas être sensiblement modifié. Millar n'était point partisan de ce moyen, qu'il regardait comme capable d'aggraver la maladie. Je n'ai point eu l'occasion d'y recourir, et je ne puis juger par moi-même de son efficacité.

On n'a point été d'accord sur le lieu où l'on doit pratiquer la saignée. Haller indique celle de la jugulaire; Sennert conseille d'avoir recours à celle de la saphène, quand l'asthme est dû à la suppression des menstrues ou des hémorroïdes; il dit aussi qu'on peut aider son action par l'application de ventouses sèches aux cuisses. Il nous est impossible de préciser à l'avance la conduite que l'on doit tenir. L'état du malade, l'intensité des symptômes, les causes de la maladie aideront à fixer son choix sur la veine que l'on doit ouvrir.

A en juger par les résultats obtenus dans la seconde observation que j'ai rapportée, l'application des sangsues ne procure pas de soulagement durant les paroxysmes. Peut-être en les répétant dans l'intervalle des accès chez les sujets dont l'invasion de la maladie a été précédée par la suppression de quelque hémorrhagie périodique habituelle, obtiendrait-on des résultats plus satisfaisans.

Sennert (1) a conseillé d'appliquer des ligatures sur les parties inférieures dans le but d'empêcher les humeurs, qu'il supposait être la cause de l'asthme, de remonter vers le poumon. De nos jours quelques praticiens ont remis ce traitement en faveur. M. Jolly (2) dit l'avoir employé avec succès. Je n'ai pas été aussi heureux deux fois que j'y ai eu recours, sans qu'il m'ait paru apporter aucun changement à mon état.

Quant aux nombreuses boissons conseillées pendant la durée des accès, je crois peu à leur efficacité. Ce n'est que par la quantité de liquide introduite dans l'économie qu'elles amènent du soulagement; aussi je n'ai jamais recours qu'à l'eau pure : c'est selon moi la boisson la plus convenable pour tempérer le spasme pulmonaire. Floyer assure que ce qui le soulageait le plus c'était de prendre le soir abondamment de l'eau panée, à laquelle il ajoutait un peu de nitre et de sel ammoniac. Mon collègue, M. T., se trouve très-bien des boissons chaudes prises en très-grande quantité.

Je conçois l'avantage des préparations oximélées, antimoniales, des scillitiques, et de tous les expectorans chez les asthmatiques dont la maladie se complique avec le catarrhe pulmonaire chronique. Ces préparations administrées à la fin des accès, doivent faciliter l'expectoration, peuvent concourir au dégagement des bronches et amener ainsi un soulagement notable. Dans les mêmes circonstances, les résines balsamiques, administrées en fumigation ou sous toute autre forme, peuvent aussi produire de bons effets; mais elles agissent plutôt contre la complication que contre la maladie principale.

Deux fois je me suis trouvé soulagé par l'emploi de la poudre d'ipécacuanha prise à dose vomitive. La secousse qu'occasionnent les vomissemens produit une dérivation salutaire; l'expectoration critique s'établit et l'accès est jugé. Cette manière d'agir des émétiques est sans doute la cause de la haute faveur dont ils ont joui auprès des médecins humoristes qui, d'après leurs idées théoriques, les ont tant préconisés. Ils leur associent les purgatifs phlegmagogues, les clystères carminatifs et autres moyens irritans portés sur le tube digestif. L'emploi de cette médication, dont on peut obtenir de très-bons résultats dans quelques cas, doit être subordonné aux nombreuses indications qui peuvent se présenter : c'est surtout chez les sujets lymphatiques, replets, à fibres molles, et prédisposés aux affections catarrhales, qu'on pourra les prescrire avec le plus de chances de succès.

Plusieurs plantes stupéfiantes ont été indiquées comme d'excellens moyens pour soulager les malades et diminuer la longueur de leur accès. Le *datura stramonium* est une de celles qui jouissent encore de la plus grande faveur. Ce sont particulièrement les médecins anglais qui ont accrédité les propriétés bienfaisantes de ce végétal. Notre collègue Busseuil l'a vu usité à Java. Le docteur Kriner rapporte plusieurs observations qui constatent les bons effets des feuilles et des tiges de stramonium fumées en guise de tabac. Le professeur Cruveilhier se loue aussi des bons effets qu'il en a obtenu en s'en servant de la même manière. M. T., qui l'a expérimenté sur lui-même, ne saurait lui donner trop d'éloges; il fume les feuilles de stramonium mêlées à un peu de tabac, et il dit que c'est au moment où on éprouve une sorte de vertige que le soulagement commence à se manifester. L'influence de cet agent se borne à modifier l'accès contre lequel on l'emploie; et il n'a aucune action contre le paroxysme suivant qui, dit-il, n'en arrive pas moins avec toute son intensité.

D'après les idées que nous avons adoptées sur la nature de l'asthme, nous étions porté à croire aux avantages que l'on pourrait retirer des préparations de belladone, dont les propriétés anti-contractiles sont généralement connues, lorsqu'un article sur ce sujet est tombé sous mes yeux (1). Le docteur Magistel y

(1) Lib. 2, cap. 2, part. 3.

(2) *Dict. de méd.*, t. 3, 2e édition.

(1) *Gazette médicale*, décembre 1834, page 817.

préconise l'emploi des fumigations des plantes narcotiques et des feuilles de belladone en particulier dans le traitement de l'asthme. Sur cinq malades traités par ce moyen, quatre ont guéri, et le cinquième, vieillard âgé de 75 ans, a éprouvé de l'amélioration. C'est aux praticiens à vérifier l'exactitude de ces résultats, et à s'assurer si ce médicament n'est pas capable, comme le précédent, de modifier avantageusement les paroxysmes de l'affection asthmatique.

Les docteurs Kriner et Laënnec donnent aussi des éloges à l'inspiration de l'infusion de feuilles de laurier-cerise. Le dernier a pu constater également l'efficacité des préparations d'acide hydrocyanique.

La lobélie enflée (*lobelia inflata*, de la famille des campanulacées), dont les effets ressemblent beaucoup à ceux du tabac, mais dont l'action est plus forte et plus diffusible, a été administrée dans l'asthme par le docteur Elliotson qui lui a reconnu des propriétés spécifiques contre cette maladie. D'autres observations, recueillies par M. Stricht, élève de l'hôpital Saint-Barthélemy à Londres, viennent à l'appui de cette opinion (1); il l'a employée dans deux cas d'asthme spasmodique dont les accès étaient très-violens et très fréquens, à la dose de 20 à 30 gouttes de teinture dans une petite quantité d'eau distillée, à trois reprises par jour; dans ces deux cas, les effets de ce médicament ont été rapides, et les accès ont disparu complétement au bout de trois jours de traitement. De pareils succès doivent engager à continuer des essais sur l'emploi de ce médicament.

Comme on le voit, les moyens thérapeutiques, capables de modifier les accès d'asthme, sont en petit nombre. On n'en possède pas qui soient capables de les arrêter complétement lorsqu'ils sont déclarés. Ainsi tous les soins du médecin doivent tendre à en prévenir le retour, et nous allons tracer maintenant les règles à suivre pour approcher le plus possible de ce résultat.

Soins hygiéniques. — Après les causes qui agissent d'une manière directe sur le tube aérien, et dont il est très-facile de se garantir, nous avons dit que les vicissitudes atmosphériques jouissaient de la plus haute influence pour rappeler les paroxysmes chez les asthmatiques; c'est à les préserver de leur action pernicieuse que doivent donc tendre des soins bien entendus. Pour mon compte particulier, je crois que si je pouvais toujours rester soumis au même degré de chaleur, de pesanteur et d'humidité de l'air, je n'éprouverais jamais de retour d'asthme; malheureusement la chose est impossible; mais il serait facile d'en approcher en habitant constamment un pays dont l'influence bienfaisante a été reconnue; en portant toujours de la laine sur la peau; en évitant toutes les causes de refroidissement, particulièrement celui des pieds; en ayant soin de garantir l'entrée du tube aérien de l'action de l'air, lorsqu'on est forcé de marcher contre un vent froid et violent; en habitant des appartemens bien aérés ou l'air aurait toujours la facilité d'être renouvelé, et en évitant avec soin tous les exercices violens et forcés.

Les erreurs de régime ayant une très-grande influence dans le développement des accès d'asthme, tous les auteurs qui ont étudié cette maladie s'accordent pour recommander à ceux qui en sont atteints un régime uniforme, simple et léger, d'éviter avec soin les alimens indigestes et de haut goût, d'user plus spécialement de substances qui se digèrent avec facilité, et qui, pendant le travail digestif, ne laissent point dégager de gaz; de proscrire sévèrement toutes les boissons alcooliques.

Le thé, le café, sévèrement proscrits par Cullen, et dont Floyer et plusieurs autres médecins anglais (1) ont recommandé l'usage au asthmatiques comme pouvant grandement les soulager, ne m'ont point paru doués d'une action aussi marquée que l'ont cru ces praticiens. Pour les personnes qui n'en usent point habituellement, il ne serait peut-être pas rationnel de le faire; mais pour celles qui en boivent habituellement, elles n'ont rien à redouter d'en continuer l'usage; une infusion légère de thé peut même être très-salutaire dans le début des accès, en déterminant une diaphorèse avantageuse. Quant au café, j'en prends habituellement mêlé avec du lait; je ne me suis pas aperçu qu'il agit d'une manière défavorable. Toutefois, il serait prudent de s'abstenir de café pur quand on est sous l'influence d'un accès.

Si l'intermittence des accès est régulière, on ne doit pas balancer à suivre l'exemple de Casimir Médicus et de Mongellaz, en prescrivant l'anti-périodique par excellence, le quinquina. Les bons effets qu'ils en ont retirés doivent engager à y recourir dans des cas semblables à ceux qu'ils ont rapportés.

En indiquant d'une manière générale que les climats chauds conviennent aux asthmatiques, on doit avoir présent à l'esprit que la susceptibilité individuelle de chaque malade peut faire modifier ce précepte dans ce qu'il a de trop absolu. Ainsi, quelques-uns ne se trouvent bien que sous les latitudes tempérées, d'autres ne sont jamais mieux que dans les climats chauds. Quelques malades se trouvent mieux à la campagne qu'à la ville, d'autres sont dans des conditions inverses. En général, un air épais, humide, tel qu'on le respire dans les pays plats, sur le bord des fleuves, est plus favorable aux asthmatiques que celui qui présente des qualités opposées. Quand on se trouve bien dans une localité, on doit autant que possible ne pas la quitter, sinon l'on s'expose à voir reparaître l'ennemi dont on se croyait délivré. Cette crainte me domine toutes les fois que je suis forcé de changer de lieu, et l'expérience m'a prouvé qu'elle était fondée. Sous ce rapport, je ne conçois pas comment les voyages et plus particulièrement la navigation ont pu être indiqués comme un moyen de guéri-

(1) *The Lancet*, février 1833.

(1) Perceval, *Essays*, pag. 269.

son de l'asthme. Trop de causes favorables au développement de cette maladie se rencontrent à bord des navires, pour ne pas sentir l'absurdité de ce conseil. En les énumérant, nous voyons qu'un grand nombre d'hommes se trouve réuni dans un espace resserré; que dans les parties basses où ils couchent, l'air est presque constamment stagnant et chaud; qu'une obscurité presque constante y règne; que les officiers eux-mêmes ne sont pas plus favorisés puisqu'ils sont logés dans des réduits resserrés où l'air et la lumière ne pénètrent qu'avec peine; à chaque instant du jour, on passe brusquement de l'influence de ces localités étroites à celle de l'air libre que l'on respire sur le pont, et où l'on se trouve soumis à toutes les circonstances qui peuvent modifier cet agent sur la surface du globe. La nourriture dont on use à bord des bâtimens, dans les longues traversées, se compose presque exclusivement de salaisons, de légumes secs, et exige des estomacs robustes pour en obtenir une bonne assimilation. Si l'on joint à ces causes l'influence des passions tristes, on voit combien le séjour à la mer doit être défavorable aux asthmatiques; et, loin de le leur conseiller, on s'empressera de leur défendre d'y recourir.

Je puis, indépendamment de ma propre expérience et de celle de celui de mes collègues dont j'ai rapporté l'observation, citer en preuve de la gêne que les asthmatiques ressentent à bord d'un navire, un fait qui m'a été rapporté par un professeur de l'école de médecine navale de Rochefort, asthmatique lui-même, et qui, pendant cinq mois de voyage pour revenir de Chine en France, n'a pu se coucher une seule nuit, dans la crainte d'une violente exacerbation de sa maladie dont il a constamment ressenti les atteintes pendant cette longue traversée.

L'exercice à cheval ou en voiture, la promenade en bateau sur une mer un peu houleuse, ne seraient pas sans inconvénient pendant le cours des accès. Conseillés dans l'intervalle, ils ne peuvent qu'être salutaires, relativement à l'influence des oscillations d'un navire balloté par les flots, sur les asthmatiques. Je dois dire que pouvant provoquer l'affection particulière connue sous le nom de mal de mer, elle agit avantageusement et à l'instar des moyens émétiques : plusieurs fois j'ai pu m'en convaincre, les vomissemens ainsi amenés mettaient fin à un accès.

Le magnétisme, l'électricité (1), le galvanisme ont eu leurs prôneurs dans le traitement de l'asthme, sans que des résultats constans aient justifié les éloges prodigués à ces divers moyens. Au mois de novembre 1816, le docteur Wilson Philip (2) a établi, dans un mémoire lu à la Société royale de Londres, que si le galvanisme n'apporte aucun remède à l'asthme spasmodique, affection qu'il considère comme très-rare, en revanche, il guérit neuf fois sur dix l'asthme nerveux qui est beaucoup plus commun.

Conclusions. En résumant d'une manière succincte ce que nous avons établi plus haut, nous croyons devoir répondre aux questions posées par la Société.

1° Que les caractères essentiels de l'asthme sont : la constriction sous-sternale, le sifflement respiratoire, l'intermittence des paroxysmes sans rien de fixe pour leur retour, l'invasion brusque des accès, l'absence de fièvre et même la régularité du pouls au milieu du trouble le plus grand des mouvemens respiratoires, enfin le passage souvent rapide d'un état des plus graves au calme le plus parfait.

2° Que les lésions organiques observées dans cette maladie en sont, dans la généralité des cas, les effets et non la cause; qu'on doit, quand elles existent, les regarder comme des complications fort graves qui peuvent, en réagissant sur la cause qui les a produites, rendre plus fréquens les paroxysmes de la maladie.

3° Que l'art, dans l'état actuel, ne possède pas de moyens capables de guérir l'asthme dans ses divers états de simplicité ou de complication; mais qu'il peut, par des soins bien entendus, suspendre l'invasion des accès ou tout au moins les modifier avantageusement.

Extrait du rapport général sur le concours de 1835,

Fait au nom d'une commission, par M. Mondonïs, *archiviste*, *à la Société royale de médecine de Toulouse*, *le* 7 mai 1835.

Messieurs,

. . . . . .

La question du prix à décerner en 1835 est ainsi conçue :

1° Établir les caractères essentiels de l'asthme;

2° Déterminer si les lésions organiques, observées dans cette maladie, en sont la cause, l'effet ou la complication;

3° Indiquer les moyens thérapeutiques pour la guérir dans ses divers états, ou du moins pour en suspendre les effets.

Cinq volumineux mémoires, revêtus des formalités qu'imposent les règles académiques, ont été admis au concours et cotés des n°s 1, 2, 3, 5 et 6.

Le mémoire coté n° 1 porte pour épigraphe : *Cum igitur aliqua utilitatis objecta est nos commoveri necesse est.*

Celui coté n° 2 : *Solâ observatione medicina crescit.*

Celui coté n° 3 : *Quæque ipse miserrima vidi.*

Celui coté n° 5 : Qu'est l'observation si l'on ignore là où est le siége du mal.

Le mémoire coté n° 6 n'a point d'épigraphe.

Classés de la sorte, nous ne les désignerons plus que par leur chiffre dans la discussion succincte à laquelle nous allons nous livrer, soit qu'il s'agisse d'une appréciation au fond ou d'une appréciation relative. Considérés dans leur ensemble, les divisions adoptées par les auteurs des mémoires, sont en quelque sorte les mêmes, et conformes à celles qu'indiquait le programme.

Certains ont sous-divisé chacun des points de la question d'une manière qui nous paraît un peu trop ar-

(1) Sigaud de Lafond, *De l'électricité animale*, page 250.

(2) *Annales de chimie et de physique.*

bitraire. Sans doute, il y a quelque chose de ce que l'on appelle un esprit d'ordre et de méthode, et nous n'eussions pas fait cette remarque si, pour eux, ces sous-divisions ne nous semblaient pas avoir nui aux résultats de leurs recherches. Qu'espérer, en effet, de ces classemens outre mesure, dans lesquels la discussion se trouve ou trop restreinte ou trop étendue, selon l'exigence du titre, sinon, de s'exposer à des redites; ou tout au moins à compromettre les élémens de la vérité que l'on cherche soit qu'alors ils se trouvent isolés et sans appui, ou bien mêlés et confondus et assez ordinairement déplacés?

C'est ainsi que, malgré l'emploi de la plupart des mêmes matériaux, puisqu'ils sont, en grande partie, puisés aux mêmes sources, les plus heureux des compétiteurs du n° 3 sont notés bien en arrière des résultats que ce dernier a obtenus.

Pour l'asthme, comme pour toutes les affections dont on cherche à déterminer la nature ou les caractères essentiels, les moyens d'investigation sont les mêmes: ils doivent être déduits de la connaissance intime des lois de l'organisme; de celle de l'organe que l'on présume être le siége de la maladie et des modifications survenues dans le jeu ou l'exercice des fonctions qu'il remplit; des changemens ou modifications résultant de l'action des moyens employés contre elle; enfin, des lésions découvertes après la mort.

Les auteurs des différens mémoires sont bien d'accord sur ce point, savoir: que l'asthme est une affection en soi, existante par elle-même, idiopathique; mais ils sont divisés lorsqu'il s'agit de déterminer la nature des phénomènes qui la caractérisent.

Ainsi le n° 1 les fait consister dans une sorte de gêne et d'oppression de la respiration, de serrement du thorax et du larynx, phénomènes résultans de l'action convulsive des muscles du larynx, du thorax et du diaphragme; d'où il faut conclure que la convulsion est l'élément primitif.

Selon le même, c'est dans le cerveau ou le rachis qu'il faut chercher la cause des désordres musculaires que l'on observe dans l'asthme, et non dans le cœur ou le poumon, ni dans tout autre organe.

Le n° 2 croit que l'asthme consiste dans un état de spasme des ramifications du pneumo-gastrique qui se distribuent aux canaux aériens. Cette opinion l'oblige à faire des recherches sur la structure anatomique de ces canaux, ainsi que sur le rôle qu'ils jouent dans les phénomènes respiratoires. Quant à l'irritation que l'on ne peut éviter de rencontrer lorsqu'il s'agit de phénomènes primitifs, l'auteur croit que dans l'espèce elle est consécutive à un état nerveux, d'où résulte la conclusion que le caractère essentiel de l'asthme consiste dans un désordre de l'innervation.

Quant au n° 5, dont M. Goffres, chirurgien-aide-major au 8e régiment de dragons, est l'auteur, nous n'en parlerons pas dans cet extrait, attendu que ce mémoire vient d'être livré à l'impression pour le sujet d'un dernier acte probatoire, soutenu devant la Faculté de Montpellier.

Le n° 6 considère l'affection qui nous occupe comme dépendante d'un état spasmodique des bronches.

Enfin le n° 3, celui qu'à dessein nous avons soustrait à l'ordre établi, à raison de ce qu'il a plus particulièrement fixé l'attention de la Société, considère l'asthme comme dû à une contraction spasmodique des bronches, qui peut être produite par toutes les causes qui agissent, soit d'une manière directe, soit d'une manière sympathique, sur la muqueuse pulmonaire: en voici l'exposé sommaire.

Après des considérations préliminaires, toutes empreintes de la saine philosophie de la science, l'auteur se livre d'abord à un examen scrupuleux des organes de la respiration et des fonctions qu'ils remplissent, afin de connaître et pouvoir apprécier leur concours respectif dans l'exercice de cette même fonction. A cette occasion, il expose les découvertes récentes de la plupart des anatomistes et des physiologistes modernes, surtout celles de *Reisseissen*. Puis pour favoriser la description générale de la maladie, il trace l'histoire de plusieurs observations d'asthme bien constatées: l'une d'elles lui est personnelle; l'auteur est asthmatique depuis environ 20 ans, chirurgien-major employé de la marine depuis presque un égal nombre d'années; dans des courses lointaines et fréquentes, il a eu l'occasion d'étudier l'action ou l'influence des diverses latitudes, et celle d'un séjour à terre, en mer et dans ses foyers. Il examine ensuite les désordres trouvés après la mort et les idées théoriques auxquelles ils ont donné lieu, pour, dans la généralité des cas, confirmer ou infirmer les opinions diverses qui les ont fait rattacher au fait même de la maladie; puis encore il étudie la pensée de ceux qui se sont occupés de recherches sur la nature intime de l'asthme; se résumant, il formule son opinion sur le premier et le second point de la question. Enfin il termine son mémoire par l'exposé des moyens thérapeutiques propres à combattre l'asthme ou à en atténuer les effets.

Dans ce travail, dont, quelle que fût l'étendue de cet extrait de notre rapport général, il nous serait impossible d'offrir une image fidèle, tout se tient, tout s'enchaîne et se fortifie au besoin; c'est ainsi que pour la question qui nous occupe, les moyens d'investigation que l'auteur emploie avec un tact et une habileté peu communs, concourent toujours à la résoudre, soit dans une condition complexe, soit dans un état de division.

C'est à cet esprit d'analyse, à cette lucidité dans l'exposition, à ce travail à lui, à son style enfin, que le n° 3 doit la distance qui le sépare des nos 6, 2, 1 et 5.

Le n° 6, que nous savons être l'ouvrage d'un réfugié polonais, dont un événement fortuit avait failli nous priver, circonstance qui nous serait d'autant plus pénible aujourd'hui, que nous nous estimons heureux d'avoir à lui décerner une récompense, est un travail qui témoigne d'habitudes laborieuses et d'un esprit éclairé. Les précieux matériaux qu'il renferme justifient de la grande érudition et de l'étendue des connaissances de son auteur.

Le mémoire n° 2 n'est pas sans mérite; l'auteur l'eût

vraisemblablement rendu plus complet, s'il se fut appesanti plus long-temps sur les phénomènes locaux, qu'il n'a fait qu'entrevoir en quelque sorte, laissant un peu de côté la plupart de ses recherches sur le rôle et la distribution des nerfs de la 8e paire.

Quant au mémoire n° 1, auquel il serait également injuste de refuser une certaine considération, il est à regretter que son auteur, dominé par l'opinion de quelques nouveaux expérimentateurs, ait omis ou négligé de se livrer à l'examen des organes qui sont présumés être le siége de l'affection asthmatique.

Mais la question est-elle complétement résolue, ou du moins la solution qui peut être déduite de l'ensemble des recherches contenues dans les différens mémoires embrasse-t-elle tout ce qui peut la mettre en rapport avec les connaissances actuelles? Nous le pensons. Résumant, nous dirons « que l'asthme consiste dans une contraction spasmodique des bronches et que les lésions organiques qui l'accompagnent assez souvent en sont rarement la cause, souvent l'effet, toujours la complication. »

Ces conclusions justifient l'application des méthodes analytiques pour l'emploi des moyens propres à combattre l'asthme; du moins ce n'est qu'à l'aide des lois de ces méthodes que l'on peut se rendre raison de cette conformité dans la série des moyens proposés et des combinaisons diverses auxquelles les spécialités devaient les contraindre.

Indépendamment de tout ce qui est relatif à une thérapeutique générale, les auteurs de la plupart des mémoires se sont empressés de recueillir et de signaler quelques moyens nouveaux, à l'emploi desquels on avait été amené par l'analogie et l'induction.

D'après ce qui précède, la Société a délibéré d'accorder une médaille d'or de la valeur de 200 francs à l'auteur du mémoire n° 3.

Une seconde médaille de la valeur de 50 francs à l'auteur du mémoire n° 6.

Et le titre de correspondant de la Compagnie, à chacun des auteurs des mémoires admis au concours.

Ce sont:

MM. Lefèvre, chirurgien de marine de première classe à Rochefort, auteur du mémoire n° 3.

Smith, médecin polonais à Benfeld, auteur du mémoire n° 6.

Goffres, chirurgien-aide-major au 8e régiment de dragons, auteur du mémoire n° 5.

Dumas, docteur en médecine à Ville-Geulheu, auteur du mémoire n° 2.

Trinquier, docteur en médecine à Durfort, auteur du mémoire n° 1.

N° 34. — 22 Aout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(Clinique de M. le Pr Bouillaud.)

Compte-rendu des mois d'avril, mai et juin; par M. Jules Pelletan, chef de clinique.

Les articles que j'ai entrepris de publier de temps en temps, ces sortes de revues qui se succèdent, de telle sorte qu'aucun des cas admis dans le service ne puisse passer inaperçu, n'ont pas été, je le sais, épargnés par des hommes qui avaient intérêt à les combattre, ou par quelques autres qui, en arrière de la science sur tous les points, ne voulaient pas convenir que les autres avaient marché pendant qu'ils étaient restés dans le plus déplorable *statu quo.* Tout médecin qui publie des résumés, disent-ils, fait nécessairement l'éloge de sa méthode : aussi nous n'y croyons pas. Ces Messieurs devraient bien alors nous enseigner comment il faut faire pour s'attirer leur confiance; s'il est nécessaire d'ensevelir comme eux leurs faits et gestes dans l'enceinte d'une salle de malades, s'il faut se confier à l'oreille des succès qui n'auront pas été vérifiés par la foule des élèves, ni contrôlés par le public, jamais je n'aurai leur assentiment ni leur soutien.

D'autres, plus qu'incrédules, traitent ouvertement d'*hypothèses*, de *suppositions* des faits dont ils n'ont aucune idée, qu'ils ne se sont jamais donné la peine d'étudier; ils ne cherchent même pas par des raisonnemens à appuyer ces assertions aussi pauvres que déplacées, que penser de tels adversaires qui, selon le mot de Voltaire, ne font rien et nuisent à ceux qui veulent faire? Ce sont, il faut le dire, les infirmes de la littérature médicale, et ils ne mériteraient pas d'être relevés si l'étrangeté de leurs écrits et de leurs phrases vides de sens, ne leur donnait quelque chose de bien tristement remarquable.

Arrivons maintenant à l'exposé des faits qui se sont passés sous les yeux d'une foule d'élèves zélés, et qui tous, ayant vu avec quel soin les malades sont examinés, et les observations recueillies, pourraient, au besoin, appuyer de leur témoignage les faits qui vont suivre.

Pendant les trois premiers mois du cours de Clinique, 133 malades sont entrés dans le service; sur ce nombre, on comptait 98 hommes et 35 femmes. Ce nombre est moins considérable que celui qui avait été noté l'année dernière à pareille époque; mais cette différence a tenu à des circonstances tout à fait particulières, et il ne faudrait pas l'attribuer à des considérations générales sur un état sanitaire meilleur en 1835 qu'en 1834.

Les malades qui furent atteints d'affections cérébrales aigües, et dans ce nombre je comprendrai les inflammations et les hémorrhagies, furent peu nombreux.

Un seul cas de méningite aiguë, se présenta à notre examen; il nous fut offert par un homme de 40 ans, charbonnier, sujet à s'enivrer, et ayant eu beaucoup de chagrins; quelques jours avant de tomber malade, il avait éprouvé de la courbature, de la céphalalgie, puis des étourdissemens, des tremblemens convulsifs, un délire furieux par intervalles; chez lui il avait été saigné, et 40 sangsues avaient été posées au cou et à l'anus.

Il fut apporté à la visite du 8 avril dans l'état suivant : tremblement convulsif des membres, intelligence affaiblie sans être complètement perdue, délire bruyan

par intervalles, étourdissemens, nausées, visage affaissé, abattu, pouls à 136 puls. plein et fort, etc. On prescrivit une saignée de 4 pal. et 32 sangsues aux apophyses mastoïdes.

A onze heures du matin, quelque temps après la saignée, le malade avait cessé de vivre.

A l'ouverture du corps, on trouva une congestion d'une sérosité trouble à la base du cerveau et dans les ventricules, un demi verre de liquide fut trouvé dans ces diverses parties; il existait, en outre, une augmentation de densité de la substance cérébrale.

Un cas de congestion cérébrale (n° 26), n'offrit rien de remarquable, il fut guéri par deux saignées, et le malade fut atteint d'un érysipèle à la face. J'en reparlerai à l'occasion de cette dernière maladie.

Un cas beaucoup plus remarquable nous fut offert par un malade, couché au n° 9. Lorsqu'il fut transporté à l'hôpital, il était, depuis 3 jours, dans un état d'hémiplégie complète, du côté gauche; cette lésion était survenue brusquement, sans que le malade perdît connaissance.

Il fut saigné deux fois; il survint à la suite de ce traitement, une phlébite au bras droit, et le malade succomba.

A l'ouverture du corps, on ne trouva qu'une congestion sanguine considérable, plus marquée à droite qu'à gauche, dans la substance cérébrale et dans les enveloppes du cerveau. Nulle part de foyer sanguin, nulle part de ramollissement. Ce cas, qui a été publié avec tous ses détails, mérite d'être connu, afin de prémunir les praticiens contre un diagnostic juste dans la plupart des cas, mais qui pourrait cependant, dans quelques cas semblables à celui-ci, se trouver en défaut.

J'arrive à présent aux inflammations aiguës des organes respiratoires; ces affections n'ont pas été très-nombreuses pendant les trois mois que je passe en revue.

Notons d'abord trois cas d'angine tonsillaire simple (deux hommes et une femme); ils furent guéris en quatre ou cinq jours par une saignée générale, suivie d'une application de sangsues vers les parties latérales du cou. Quatre malades atteints de bronchite se présentèrent en mai et en juin; le simple traitement émollient suffit dans la moitié des cas; dans 2 autres, on eut recours à des saignées générales ou locales, et les malades sortirent guéris après un temps assez court.

Je parlerai avec plus de détails de cinq observations plus intéressantes de franches pleurésies avec épanchement.

Les sujets qui les ont offerts, étaient couchés aux Nos 8, 10, 22, 23 (salle des hommes), et 9 (salle des femmes.)

Chez le 1er, âgé de 19 ans, la pleurésie datait de 15 jours, elle existait à gauche; il y avait, au moment de l'entrée, un épanchement considérable, qui refoulait le cœur à droite.

Le malade du N° 10, était un homme de 50 ans, d'une assez forte constitution, atteint depuis onze jours d'une forte bronchite capillaire, accompagnée d'un vaste épanchement pleurétique à gauche.

Le N° 22, homme de 47 ans, était également affecté depuis 15 jours; chez celui-ci, la pleurésie était à droite, l'épanchement peu considérable, mais il existait des fausses membranes.

Le n° 23, âgé de 41 ans, d'une constitution détériorée, était affecté depuis 12 jours d'une pleurésie à gauche, l'épanchement était considérable, et il existait, en outre, de l'inflammation dans quelques points du parenchyme pulmonaire.

Enfin, la malade du N° 9, était âgée de 27 ans, depuis 10 jours elle souffrait d'un point de côté à droite; il existait, en outre, dans les 2/3 inférieurs de ce côté, de la matité, du souffle et de l'œgophonie.

Chez tous ces malades, la poitrine a été mesurée, et l'on a constaté une différence d'environ un pouce en plus dans la circonférence du côté malade.

Mettons à présent en regard le traitement employé dans ces cinq cas :

Nos	Saignées.	ventouses.	Vésicatoires.		Guér.
8	3 s. 11 pal.	3 appl. 9 pal.	1 vés.	pilul. de calom.	17e j.
10	3 s. 11 pal.	3 appl. 12 p.	1 vés.	»	11e j.
22	2 s. 8 pal.	1 appl. 3 pal.	1 vés.	cxym. laudan.	11e j.
23	1 s. 4 pal.	2 appl. 7 pal.	2 vés.	idem.	19e j.
9 (femmes)	»	2 appl. 6 pal.	1 vés.	»	11e j.

Chez tous ces malades, on a appliqué un large vésicatoire (5 à 6 pouces de diamètre) sur la poitrine, mais toujours après avoir employé d'abord une méthode antiphlogistique énergique; dans tous ces cas, on n'a pas eu à se plaindre de l'action de ces moyens, ils n'ont pas non plus augmenté l'intensité de la fièvre, ainsi qu'on peut le voir dans le résumé suivant :

N° 8. Avant le vésic. 116 pul. Le lendemain même nombre.

N° 10. Avant le vésicat. 84 pul., après même nombre.

N° 22. Avant 72 pul., après 68 p.

N° 23. Avant le premier vésicat. 104 p., après 100 p. avant le second (1). 112 pul. après 92 p.

N° 9 (Femmes). Avant le vésicat. 72, après 64 pul.

Les malades atteints de pneumonie n'ont été qu'au nombre de sept.

Un mot sur chacun d'eux donnera un éclaircissement suffisant sur les différences qu'ils ont présentées.

Le N° 1 de la salle des hommes, entré le 4 mai, était enrhumé depuis près de trois semaines; il ne put nous dire depuis quel jour la maladie avait augmenté; il avait éprouvé un violent point de côté à droite, qui persistait à l'entrée; il présentait, en outre, avec les signes d'une bronchite générale, une matité remarquable à droite et à la base du râle crépitant, et un bruit de cuir neuf vers cette région; le pouls était à 108 pulsations; la respiration accélérée à 44-48 insp. par minute; il expectorait des crachats rouillés.

Le malade, couché au n. 4, entré le 6 avril, était depuis 4 jours, affecté d'une pneumonie droite au pre-

(1) Le malade s'était enrhumé de nouveau.

mier degré, révélée seulement par un point douloureux, des crachats rouillés, adhérens, visqueux, et une faible résonnance à droite et en arrière; du reste, ni râle crépitant, ni souffle, ni aucun autre signe stéthoscopique; il y avait, en outre, une assez forte réaction fébrile. — 100 puls.

Un individu, d'une constitution détériorée, couché au n. 8, entra le 10 mai, accusant 5 jours de maladie; il présentait un point de côté à droite, des crachats rouillés, une matité considérable en arrière, à droite et à la base du râle crépitant, du souffle, de la bronchophonie, etc.; l'inflammation était arrivée au passage du 1er au 2e degré.

Le malade du n. 13, âgé de 21 ans, entré le 6 mai, malade depuis 6 jours, présentait un cas tout à fait analogue; c'était aussi chez lui la base du poumon droit qui était prise; il éprouvait un point de côté, il expectorait des crachats manifestement pneumoniques; à la percussion, on trouvait moins de son à droite qu'à gauche, mais aucun autre signe physique.

Ces deux cas étaient forts légers et le simple traitement émollient triompha, comme on le verra, de ce dernier cas.

Celui dont je vais parler était au contraire des plus graves, et au dessus de toute ressource; il était offert par un homme de 30 ans, couché au N. 18, malade depuis 10 jours. A l'entrée on trouva des deux côtés en arrière de la matité un souffle très-fort, de la bronchophonie, nulle trace de respiration vésiculaire, des crachats foncés, 48 inspir. par minute.

Il succomba deux jours après son entrée; le poumon gauche était dans sa moitié supérieure en fonte purulente, le poumon droit présentait un état d'inflammation moins avancée.

Au n. 21 était entré le 1er juin un homme de 35 ans, qui depuis 4 jours se plaignait d'un point de côté à droite, et qui à l'examen stéthoscopique, présenta dans toute l'étendue du poumon gauche en arrière du râle crépitant et de la bronchophonie; ses crachats étaient légèrement rouillés; il avait une fièvre intense, 108 pulsations et une respiration accélérée, 32-36 inspirations par minute.

Le dernier cas enfin, appartenait à un individu couché au n. 26, malade depuis huit jours, et qui à l'entrée, se plaignait d'un point de côté à droite et en arrière, expectorait des crachats abondans, dont quelques-uns étaient visqueux et d'une teinte abricot, il existait enfin du râle crépitant et muqueux dans toute la poitrine, si ce n'est vers la région du point de côté où le son était plus mat et où l'on distinguait du râle crépitant sec, accompagné d'un bruit de frottement.

Ce cas se rapprochait beaucoup de celui observé au N° 1, et dont jai parlé plus haut. Le traitement varia dans tous ces cas, comme on le verra dans le tableau suivant :

Nos	Saignées.	Ventouses.	Vésicatoires.		Guérisons.
1	2 s. 7 pal.	2 appl. 7 pal.	1 vesic.	kermès.	11e jour.
4	1 s. 4 pal.	1 appl. 3 p. 1/2			4e jour.
8	2 s. 8 pal.	1 appl. 3 p. 1/2	1 vésic.		11e jour.
13	»	»	»	trait. émoll.	4e jour.
18	3 s. 11 pal.	2 appl. 6 pal.	»	»	mort le 4e j.
21	4 s. 14 p. 1/2	1 appl. 3 p. 1/2	1 vésic.		guéri le 10e j.
26	3 s. 11 pal.	2 appl. 6 pal.	»		8e jour.

J'aurai peu de conclusions à tirer de ce petit nombre de faits. On voit, d'une part, deux cas de pneumonie tellement bénigne, qu'on n'eut pas besoin d'employer le traitement antiphlogistique ordinaire contre ces affections; d'une autre part, un cas tout-à-fait désespéré, et qui ne pouvait être traité avec succès par aucune méthode. Dans les quatre faits qui restent, on sait que les émissions sanguines furent, suivant la méthode ordinaire, largement employées.

Chez les trois malades auxquels on appliqua un large vésicatoire, le mouvement fébrile ne fut pas augmenté. Ainsi, avant l'application de cet exutoire, le n. 1 avait 100 pulsations; le lendemain le pouls était à 80 pulsations. — Le n. 8 et le n. 21 conservèrent après cette application le même nombre de pulsations qu'ils avaient avant. Je m'en tiendrai à ces réflexions sur ces faits aussi peu nombreux, en faisant toutefois remarquer qu'ils viennent toujours confirmer ce que j'ai déjà dit, relativement aux pneumonies traitées dans ce service.

J'ai à parler à présent de 7 cas de rhumatismes articulaires aigus, dont la plupart furent peu intenses: ils furent présentés par cinq hommes et deux femmes; trois arrivèrent en avril, deux en mai et les deux derniers en juin.

Le n° 13 (hommes) était tombé malade depuis huit jours, à la suite d'un refroidissement, les pieds seuls étaient envahis, rien d'anormal n'existait du côté du cœur.

Le n° 17, à la suite de la même cause, avait commencé depuis 3 semaines à éprouver de la douleur dans le poignet, le coude et l'épaule gauche; ces articulations étaient rouges et tuméfiées, du reste les battemens du cœur étaient normaux.

Le n° 20 était atteint depuis 5 jours seulement quand il se présenta à la clinique, le genou droit était seul pris et après quelques soins le péricarde fut envahi par l'inflammation; on constatait cet état par une matité de 3 p. 9 lignes en carré. Des battemens sourds, profonds, lointains, et un bruit de frottement assez superficiel existant pendant le premier bruit.

Le n° 21 avait été pris sans cause bien appréciable pour lui, d'un rhumatisme articulaire qui avait successivement occupé les coude-pieds et les genoux; au moment de l'entrée, l'articulation du gros orteil, le coude-pied et le genou gauches étaient douloureux et tuméfiés sans rougeur. Plus tard le poignet droit fut envahi, mais rien ne se manifesta du côté du cœur.

Le n° 22, boulanger, exposé à de grands refroidissemens, avait déjà souffert de cette affection à Amiens; il en avait été repris depuis 5 jours; les douleurs existaient seulement dans les genoux, et les bruits du cœur n'offrirent rien de particulier.

Parmi les deux femmes, l'une couchée au n° 6 avait commencé à ressentir, depuis 12 jours, des douleurs dans la région fessière, qui pouvaient faire soupçonner une névralgie sciatique, ou une névrite proprement dite. Mais pendant son séjour à l'hôpital l'affection se dessina complétement; elle occupa successivement les hanches, les genoux, les épaules et les poignets, mais dans tous ces points à un degré peu intense; ce qui explique pourquoi les bruits du cœur, malgré la généralisation du rhumatisme, restèrent distincts et sans altération. L'autre femme, couchée au n° 11, était affectée depuis 8 jours et avait seulement l'épaule entreprise, sans aucune autre complication.

Exposons maintenant quel fut le traitement employé dans ces différens cas.

Nos	Saignées.	Sangsues.	Ventouses.	Vésicatoires.	Guérison.
13	2 s. 8 pal.	20 s. pieds.	»	»	13e jour.
12	3 s. 11 pal.	20 s. poignet	»	»	11e jour.
20	1 s. 3 p. 1/2	»	3 appl. 10 pal.	1 v. cœur av. dig.	11e jour.
21	2 s. 8 pal.	20 s. poig.	2 appl. 7 pal.	»	8e jour.
22	1 s. 4 pal.	»	2 appl. 7 pal.	vés. av. morph.	15e jour.
			FEMMES.		
6	5 s. 11 pal.	30 s. poign.	2 appl. 6 pal.	compr. opium	14e j.
11	»	»	1 appl. 3 p. 1/2	cat. laud. opium	8e j.

Nous voyons dans ces cas toutes les guérisons survenir dans un espace de temps assez court, puisque le terme moyen de ces diverses durées est de onze à douze jours.

Quant au traitement mis en usage, il n'a pas été aussi énergique que celui qu'on a employé dans des cas précédens, et la raison en est dans le peu d'intensité de la plupart de ces affections. C'est aussi à cette cause qu'est due, dans les 6 cas qui furent simples, la non coexistence de l'inflammation rhumatismale avec la péricardite et l'endocardite.

J'arrive à quatre cas d'érysipèle facial observés dans le service, et qui appartenaient aux Nos 3 et 26 de la salle des hommes, et aux Nos 8 et 12 bis des femmes; ils furent tous assez intenses, et s'étendirent à toute la face; ils furent accompagnés de phlyctènes et d'une réaction fébrile marquée. Cependant, ils guérirent tous en peu de temps, au moyen d'un traitement antiphlogistique assez énergique. Ainsi, le n° 3 eut 2 fortes saignées de 4 palettes en 2 jours; le n° 26, 4 saignées de 3 palettes 1/2 chacune en 5 jours. — La femme du n° 8 eut une saignée de 4 palettes et 20 sangsues, et celle du n° 12 bis, une forte saignée de 4 palettes seulement.

On a parlé dans ces derniers temps avec assez de vivacité du traitement de l'érysipèle, et l'on s'est étonné d'apprendre qu'on les guérissait aussi sûrement et aussi promptement par les émissions sanguines.

Je dois, à ce sujet, déclarer que depuis près de 3 ans que je recueille avec soin tous les faits qui se passent à la clinique de M. Bouillaud, j'ai vu traiter un bien grand nombre d'érysipèles et même des plus intenses, et que je suis encore à chercher un cas de ce genre, terminé par la mort. Cependant, en faisant des excursions dans d'autres services, il n'est pas rare de trouver souvent de funestes résultats; à quoi cela tient-il, si ce n'est à la méthode suivie dans le traitement de ces maladies?

Les affections appelées fièvres éruptives, ont été au nombre de sept; toutes ont été observées sur des hommes: une scarlatine, trois rougeoles, deux varioles et une varicelle, formaient ce groupe.

Dans tous ces cas, l'affection était bien dessinée et l'éruption complète. Chez tous, le traitement antiphlogistique a été employé, et nous n'avons en a regretter que la perte d'un seul malade, c'était un des deux varioleux, homme d'une constitution très-robuste, et qui eut cette affection dans toute son intensité. Ajoutons encore qu'il était fort indocile, et qu'il refusa pendant trois jours une partie du traitement.

Le traitement antiphlogistique, employé au commencement de la variole, m'a paru jusqu'à présent être avantageux; et surtout dans les circonstances ou Sydenham le prescrivait de la manière la plus formelle, c'est-à-dire chez les personnes jeunes et d'un tempérament sanguin, qui ont une fièvre intense, un abattement externe, des brisemens dans les membres, des vertiges, etc.

Chez l'un des deux malades atteints de variole (N° 25), l'éruption était des plus confluentes; les émissions sanguines ont été employées au début, avec une certaine énergie, et on a obtenu une guérison tout à fait inespérée, l'autre (N° 13), refusa le traitement pendant plusieurs jours, et lorsqu'il consentit à être traité, il n'était plus temps de mettre en usage les émissions sanguines.

Les autres fièvres éruptives ne présentèrent aucune particularité sur laquelle j'aie besoin d'insister, et je me contenterai d'en présenter un tableau général:

Nos	Maladie.	Date.	Saignées.		Guérison.
8	Scarlatine.	3 j.	2 s. 7 pal.	30 sang. col.	7e j.
7	Rougeole.	6 j.	1 s. 3 p. 1/2	1 app. vent. 3 pal.	6e j.
14	id.	4 j.	2 s. 7 pal.	25 sang. col.	9e j.
21	id.	6 j.	3 s. 11 pal.	2 ap. 6 p. sulf. soude	14e j.
13	Variole.	4 j.	2 s. 7 pal.	35 sang. col. traitement chloruré.	Mort 9e j.
5	id.	4 j.	3 s. 11 pal.	30 sang. col. traitement chl. affus.	guéri 21e j.
5	Varicelle.	»	»	traitem. émoll.	guéri 4e j.

Je passe à l'examen de cinq cas de fièvres intermittentes sur lesquelles je dirai peu de choses, parce que dans ces affections, un seul point nous intéresse, le traitement. Trois d'entre eux présentèrent le type tierce, un seul le type quotidien; dans un dernier cas, l'accès ne peut être bien constaté et le malade sortit quelques jours après son entrée, sans qu'on ait tenté sur lui le traitement ordinaire. Il consiste, comme on sait, en l'application, dès qu'on a été témoin d'un ou de deux accès, d'un large vésicatoire dans la région splenique sur lequel on applique huit à dix grains de digitale en

poudre. On joint aussi quelquefois à ce moyen l'administration intérieure de ce médicament.

Voici les résultats qui ont été obtenus de ce mode de traitement :

N° 3. (Hommes). Fièvre tierce, existant depuis huit jours, disparaît après le 6e accès.

N° 5. (Hommes). Fièvre tierce, existant depuis deux mois, cesse après le 2e accès.

N° 13. Type quotidien, existant depuis huit mois, ne disparaît qu'après le 7e accès.

N° 14. Type tierce. — 4 jours de durée, l'accès manque après deux jours de l'application de la digitale; on la cesse, l'accès revient au bout de dix jours, on reprend alors la digitale, mais on la donne à l'intérieur, à la dose de dix à douze grains, disparaît l'accès encore après trois jours de ce second traitement. Le malade reste encore douze jours à l'hôpital sans que la fièvre revienne.

J'arrive maintenant à la série importante des inflammations aiguës du tube digestif; j'ai déjà dans mes précédens articles indiqué d'une manière assez positive, comment nous avions séparé ces divers groupes d'inflammations intestinales, et cependant je vois tous les jours qu'on ne tient aucun compte de ces distinctions, pour nous opposer des résultats qui semblent peut-être plus avantageux; mais qui, examinés de plus près, sont d'une infériorité réelle. Ainsi, je vois répéter partout les résultats remarquables du traitement par les purgatifs dans les affections, dites typhoïdes.

On écrit qu'on a eu à l'Hôtel-Dieu à traiter 134 malades; de ce nombre, 115 ont guéri, ce qui met la mortalité à 1 sur 7 1/19; mais il faut remarquer que sur 134 cas, 69 ont été simples et légers, c'est-à-dire des véritables embarras gastriques ou des gastro-duodénites légères, maladies que nous ne comprenons jamais dans nos véritables entérites typhoïdes. Ainsi, en retranchant ces affections bénignes, comme nous les retranchons nous même, il reste 65 cas, sur lesquels il y a eu 19 morts; 1 sur 3 1/2. Je ne pousserai pas plus loin ces remarques qui sont d'une évidence complète pour les esprits justes et dégagés de toute prévention, et j'aborde l'histoire de ces cas légers, appelés fièvres typhoïdes ou même pour être plus positifs, affections typhoïdes par certains pathologistes mais qu'en cela je me garderai bien d'imiter. Les inflammations légères de ces organes, désignées sous le nom de gastrite légère, d'embarras gastrique, furent au nombre de cinq (3 hommes et 2 femmes). Nous désignons ainsi cet état constitué par de la céphalalgie, de l'amertume de la bouche, une langue plus ou moins sale, une fièvre légère, de l'inappétence, quelques nausées.

Le traitement émollient, des boissons délayantes, et dans un cas, un léger vomitif (24 grains d'ipéca.), furent les moyens qui suffirent pour guérir ces affections légères en cinq ou sept jours.

Les phlegmasies plus intenses, et occupant non seulement l'estomac, mais la partie supérieure de l'intestin grêle, ont été au nombre 10, 8 hommes et 2 femmes.

Ces malades présentaient l'état suivant : teinte jaunâtre, marquée de la face, langue rouge, sèche à la pointe, recouverte à sa base, d'un enduit épais, jaunâtre, fièvre intense, peau chaude, désir des boissons acidules, constipation, nausées, vomissemens bilieux, un peu d'abattement.

Tous ces individus ont rapidement guéri; c'est cependant encore une des espèces de l'affection typhoïde de nos modernes auteurs. Quant à nous, nous l'excluons encore de nos entérites typhoïdes, puisque dans celles que nous admettons, c'est l'inflammation des follicules et des plaques qui les constitue, et que dans les affections que je viens de décrire rapidement, cette lésion n'a pas lieu.

Les moyens employés contre ces phlegmasies, a varié encore suivant l'intensité qu'elles ont présenté; en voici le tableau synoptique :

HOMMES.

Nos	Malade depuis	Saignées.		Guérison.
1	8 jours.	»	Traitement émollient.	7e jour.
5	4 jours.	1 s. 3 pal. 1/2.	20 sang. épig.	5e jour.
11	2 jours.	1 s. 3 pal. 1/2.	40 sang. anus abd.	6e jour.
14	3 jours.	»	Traitem. émollient (1).	7e jour.
14	1 jour.	»	idem.	7e jour.
19	3 jours.	»	idem.	11e jour.
20	3 jours.	1 s. 3 p. 1/2.	vent. épig. 3 p. tr. émoll.	6e jour.
22	6 jours.	»	» idem.	71e jour.

FEMMES.

6	8 jours.	»	» tr. émoll.	13e jour.
9	15 jours.	»	vent. épig. 3 p. 1/2. idem.	2e jour.

On peut remarquer par ce seul exposé que les cas qui, étant plus légers, ont eu pour traitement la seule médication délayante, ont été encore plus longs à guérir que ceux qui étant plus graves, ont nécessité l'emploi des émissions sanguines plus ou moins abondantes.

J'ajouterai que cette observation, évidente dans les cas que je viens d'énumérer, ne l'est pas moins dans d'autres circonstances. Ainsi, on a pu voir maintes fois que certaines bronchites, affections légères par leur nature, se prolongeaient pendant un temps beaucoup plus long que les pneumonies que nous attaquons franchement par des émissions sanguines abondantes.

(*La suite au prochain N°.*)

(1) Il fut pris après avoir été guéri de cette affection, d'une péritonite avec symptômes cholériformes, et succomba en deux jours; j'en reparlerai plus loin.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

(Service de M. Lisfranc.)

Diathèse hémorrhagique héréditaire, par M. Lafargue, interne.

Le 4 août 1835, est entré à l'hôpital de la Pitié, salle St-Louis, le nommé Laroche, âgé de 41 ans, compositeur, demeurant rue Mouffetard, N° 258. Il a la peau brune, les cheveux d'un noir foncé, et présente une assez bonne conformation; mais sa maigreur, son teint pâle et jaunâtre, indiquent une constitution épuisée. Il porte au côté droit des parois abdominales, une tumeur qui, naissant au niveau de la 11me côte, s'étend obliquement en avant jusqu'à l'épine iliaque supérieure. Elle diminue graduellement de droite à gauche, et présente six pouces de long: trois dans sa plus grande largeur et deux d'élévation au-dessus du niveau de la paroi abdominale. Cette tumeur est tendue, rénitente, et rend un son mat par la percussion. La peau qui la recouvre est d'un bleu peu prononcé; autour d'elle, sont des ecchymoses violacées et sans saillie. Cinq jours avant d'entrer à l'hôpital, notre malade s'est heurté au niveau des fausses côtes contre la clef d'une porte: une vive douleur s'en est suivie, et bientôt après la tumeur à paru, d'abord peu volumineuse, s'est accrue peu a peu; et trois jours après son apparition, elle s'accompagnait d'une faiblesse telle, que notre malade tombait en syncope au moindre mouvement: il n'en fallait pas davantage pour faire diagnostiquer une tumeur sanguine siégeant dans l'épaisseur des parois abdominales. Quoique très-faible, ce malade répond bien à toutes nos questions, son pouls est petit et fréquent (glace à côté de la tumeur, bouillons). Le 6, tumeur plus volumineuse; la peau qui la recouvre est d'un violet foncé; la faiblesse est telle que le malade ne répond que par signes. Les 7 et 8, sueurs froides, pouls imperceptible, danger imminent (glace près de la tumeur comme les jours précédens). Le 9, faiblesse moindre; du 9 au 16, son état général s'est amélioré, le pouls a repris de la force; le malade peut se livrer à quelques mouvemens. Le danger immédiat est passé; mais la tumeur, quoique diminuée et ramollie, est loin d'être résorbée en totalité. Tel est l'état actuel du malade; quelque soit l'issue de cette affection, l'observation en est trop curieuse, comme on va le voir ci-dessous, pour que je néglige d'en instruire le public.

Une tumeur sanguine très-volumineuse produite par une cause externe des plus faibles, parut assez extraordinaire pour qu'on dût interroger le malade sur ses antécédens. Nous apprîmes alors que, dès l'enfance, il était sujet à des hémorrhagies nasales fréquentes, surtout en été, qui l'affaiblissaient jusqu'à syncope, et faisaient craindre pour ses jours. A l'âge de 25 ans, les épistaxis firent place à des saignemens de gencives qui paraissaient quatre fois par an, et persistaient sans relâche durant plusieurs semaines: ils étaient suivis d'une grande faiblesse. A l'âge de 34 ans, les gencives ont cessé de saigner, et des hématuries sont survenues; elles ont continué jusqu'à ce dernier temps, puisque la veille de son entrée, il en avait éprouvé une très-abondante. Depuis l'âge de 34 ans, notre malade est devenu sujet à des infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire des membres et du tronc, et déjà deux fois avant son entrée à l'hôpital, il avait présenté à un moindre degré une tumeur sanguine au côté des parois abdominales. L'infiltration sanguine survient chez lui avec tant de facilité, qu'au mois d'avril dernier, une petite fille ayant appuyé le coude à la partie externe et inférieure de son bras, cette pression suffit pour provoquer un gonflement énorme du membre jusqu'à l'aisselle; c'était, d'après des renseignemens exacts, une tuméfaction sanguine, qui disparut sous l'influence du repos, mais qui laissa un engourdissement notable des trois premiers doigts de la main gauche. La moindre percussion produit des ecchymoses chez Laroche, et l'on en voit beaucoup à la surface de la peau.

Ce malade étant sujet, depuis l'âge de 20 ans, aux gonflemens arthritiques et aux douleurs musculaires rhumatismales, on a eu plusieurs fois recours aux sangsues pour le dissiper; mais chaque application était suivie d'une hémorrhagie qu'on n'arrêtait qu'avec peine et à l'aide de cautérisations répétées.

La diathèse hémorrhagique, une fois constatée chez ce malade, je dus rechercher à connaître sa famille, et voici ce que j'appris:

Les père et mère de Laroche vivent encore, et, malgré leur vieillesse, ils jouissent d'une bonne santé. Originaires de Paris, ils ont de tous temps habité le faubourg Saint-Marceau; livrés à la pénible condition d'ouvrier, ils n'ont jamais été affectés d'hémorrhagies. Mais la mère, âgée de 75 ans, raconte qu'un de ses oncles mourut d'une hémorrhagie dont elle ne peut mentionner le siège. Elle se rappelle très-bien aussi, qu'un de ses frères, sujet à des saignemens de gencives, mourut, il y a 50 ans environ à la Charité, par suite de l'avulsion d'une dent, l'écoulement sanguin n'ayant pu être maîtrisé: il était âgé de 17 ans. Enfin, si on l'interroge sur ses enfans, on apprend qu'elle en a eu 18. Sur ce nombre, 15 sont morts avant l'âge de trois ans. De ces derniers, 14 n'ont point eu d'hémorrhagie; mais il est impossible de savoir de leur mère comment ils sont morts. Elle dit que le *sang les a étouffés*, et l'on conçoit combien ce renseignement est vague. Le 15me est une petite fille, morte à six semaines, d'hémorrhagie par la vulve. Trois garçons sont parvenus à un âge plus avancé, tous les trois sujets aux épistaxis et à des pertes sanguines abondantes pour la moindre piqûre. L'un est mort à l'âge de 9 ans, à la suite d'un coup porté sur la tête: ce coup fut suivi d'une telle infiltration sanguine du cuir chevelu que la tête est devenue énorme.

L'autre reçut, à l'âge de 17 ans, un coup d'instrument tranchant au mollet; et, soit que l'artère tibiale postérieure ou la péronière eût été blessée, soit que les capillaires seuls fussent divisés, l'hémorrhagie fut si

opiniâtre, qu'on se crut obligé de lier l'artère crurale : il mourut à l'Hôtel-Dieu, d'une hémorrhagie consécutive à la ligature de l'artère. Le troisième est notre malade, dont l'histoire nous est connue; il est marié : père de trois filles et d'un garçon, qui ne sont pas sujets à la maladie de la famille.

En résumé, on voit que Laroche se trouve personnellement dans toutes les conditions qui constituent la diathèse hémorrhagique ; que cette disposition lui est venue du côté maternel, presque exclusivement dans les mâles.

Nous sera-t-il permis de rassembler ici quelques observations analogues éparses dans la science, afin de voir jusqu'à quel point la nôtre peut faire corps avec elle?

Dans le Journal des Progrè (1828, 11me vol.), on trouve une petite note sur une famille de Saxe, composée de cinq enfans. L'aîné, le troisième et le cinquième étaient sujets aux ecchymoses pour la moindre pression. L'aîné se mord la langue et meurt d'une hémorrhagie ; le troisième saigne abondamment dès qu'on enlève l'épiderme ; le cinquième est sujet à saigner, mais moins que les deux autres. On ne dit rien des ascendans.

On trouve dans les *Archives* (1833, 11me série, tome III, page 278), extraite du *Transilvan Journal*, l'observation d'une famille américaine, où tous les mâles étaient sujets aux épistaxis, aux hématémèses, aux hémoptysies, hématuries, diarrhées sanguines, infiltration de sang dans le tissu cellulaire et en même temps aux rhumatismes articulaires. Plusieurs sujets de cette famille étaient morts d'hémorrhagie à la suite de la phlébotomie et de l'application de vésicatoires.

Dans les *Archives* (juillet 1835), on voit, extraite d'un journal anglais, l'histoire de la famille Gamble, où les enfans mâles ont tous été frappés d'hémorrhagie. L'aîné mourut à 9 ans d'une hémorrhagie survenue par suite de l'application de ventouses scarifiées ; application nécessitée par un rhumatisme du genou ; le plus jeune s'étant heurté la tempe contre un corps dur et tranchant, mourut d'hémorrhagie à l'âge de six ans.

John Gamble, âgé de 13 ans, et sujet à des épistaxis alarmans, par leur abondance, fut affecté d'un rhumatisme de l'articulation scapulo-humérale. On ne mit que deux sangsues et l'hémorrhagie ne put être arrêtée qu'au bout de trois jours.

Enfin, il résulte des observations de Ripp, cité à ce sujet dans les leçons orales du professeur allemand Schvenlein, que ces hémorrhagies ne déploient leur malignité que sur les mâles des familles. Si elles apparaissent chez les femmes, c'est sous forme d'une menstruation précoce et abondante. Ce même Ripp, dit avoir observé sur quelques cadavres d'hémorrhagiques, un cœur arrondi, mollasse, manquant de substance musculaire en certains endroits ; de sorte, que les tuniques externe et interne étaient adossées ; les artères se rapprochaient par leur mollesse et leur aspect du tissu veineux. Ces faits anatomiques se sont trop rarement présentés pour qu'on puisse les donner comme constans.

On a vu, dans l'observation de Laroche, que les hémorrhagies avaient lieu principalement l'été : ce qui s'accorde avec ce que nous savons des pays chauds, où ces sortes d'affections sont très-fréquentes. On a sans doute été frappé des métastases du flux hémorrhagique aux différens âges de notre malade ; métastases qui sont en harmonie avec les idées des pathologistes, sur le rapport des différens âges, avec les affections des différens organes. Epistaxis dans la jeunesse, hématuries à l'âge adulte. Si nous rapprochons maintenant notre observation, des cas analogues cités ci-dessus, nous verrons que dans presque tous, les mâles étaient exclusivement affectés, que dans la famille, de notre malade, cette règle a subi une seule exception ; dans la personne d'une petite fille, morte à six semaines, d'une hémorrhagie par la vulve. J'ajouterai que la note de Ripp fait supposer qu'il a vu plusieurs fois, dans ces sortes de familles, des menstruations précoces.

Laroche était sujet aux rhumatismes, ainsi que les mâles des familles anglaise et américaine précitées. Cette coïncidence de l'arthritis est-elle fortuite dans ces trois cas d'hémorrhagie constitutionnelle, ou des faits ultérieurs lui donnent-ils un caractère de fixité? Je l'ignore; mais cette coïncidence m'a paru remarquable et je l'ai notée. J. L.

N° 35. — 29 Aout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(Clinique de M. le Pr Bouillaud.)

Compte-rendu des mois d'avril, mai et juin; par M. Jules Pelletan, chef de clinique.

Deuxième article. (*Voir* le n° 34.)

La série des entérites folliculeuses que je dois à présent examiner, n'a pas été très-nombreuse pendant les trois mois que je passe en revue ; dans la seconde partie de ce compte-rendu, qui traitera des deux derniers mois de la clinique, nous les trouverons plus nombreuses et terminées d'une manière plus favorable. En effet, dans le commencement de la clinique, nous avons eu deux ou trois cas très-graves, terminés par la mort, ce qui sur un faible nombre, pourrait induire en erreur sur les résultats obtenus, si l'on ne consentait à faire dans ce cas, la statistique définitive avec toutes les affections de ce genre reçues pendant le cours de la clinique.

Elles ont été au nombre de seize (douze hommes et quatre femmes). Je regrette de ne pouvoir, dans un travail comme celui-ci, donner la description particulière de chaque cas.

Je me bornerai donc à quelques généralités :

Cinq avaient de 16 à 18 ans, 4 avaient atteint leur 21e année; 3 étaient âgés de 23 à 25 ans ; 4 enfin, avaient 30 et 34 ans.

Ils n'étaient pas tous arrivés à Paris depuis peu de

temps. En effet, quoique le séjour récent à Paris soit une des causes fréquentes de l'entérite folliculeuse parmi certaines classes de la population, ce serait se tromper que de croire que ce soit la seule.

Ainsi, un seul malade n'était arrivé à Paris que depuis quelques jours; 4 depuis quatre ou six mois; 2 depuis neuf mois; le reste depuis un an et plus.

Treize d'entre eux appartenaient à la classe ouvrière; deux étaient étudians en médecine, le dernier étudiant en droit.

Quant aux symptômes qu'ils présentèrent, ils furent fondamentalement tous ceux que j'ai déjà plusieurs fois indiqués et qui constituent essentiellement l'entérite folliculeuse. J'aurais désiré prendre chaque symptôme à part, et l'étudier à fond dans tous ces cas. Mais ce travail m'entraînerait trop loin, et je dois me borner à en choisir quelques-uns pour les discuter; par exemple, la circonstance de la diarrhée qui a été considérée par quelques observateurs comme formant un des caractères communs de l'entérite simple et de ce qu'ils appellent l'*affection typhoïde*, ne semble, au contraire, qu'un phénomène accessoire, sans lequel l'entérite typhoïde n'en existe pas moins avec toute sa physionomie caractéristique.

Ainsi, dans les 15 observations que j'ai sous les yeux, quatre individus présentèrent de la constipation pendant tout le cours de leur maladie; chez trois, ce même symptôme existant dans les commencemens, fut remplacé dans la suite par un très-léger dévoiement; une ou deux selles liquides par 24 heures; les 9 autres eurent une diarrhée plus ou moins abondante. Dans la série d'entérite folliculeuse qui sera mentionnée dans le prochain article, on verra encore un plus grand nombre de cas dans lesquels la constipation a prédominé.

La circonstance des taches lenticulaires appelées typhoïdes, présente encore quelque chose de plus remarquable sous ce rapport; elle a manqué dans les deux tiers des cas, et je crois que cela tient au genre de traitement employé par le professeur dans ces affections. Il est certain que les taches, ainsi que les autres signes, dits de *putridité* et d'*ataxie*, tels que la fuliginosité des dents et de la langue, l'odeur de souris, les escarres profondes et nombreuses, la typhomanie, le délire, les convulsions, etc., sont infiniment rares dans le service, et ne se présentent guères que chez ceux qui sont déjà dans cet état au moment de l'entrée.

Un critique, ignorant complètement ce qui se passe dans le service auquel je suis attaché, et qui cependant veut imprudemment s'en ériger le juge, exprime le vœu que l'on s'occupe davantage de l'examen de l'étude des liquides dans les maladies en général, et dans celles-ci en particulier; il ne sait pas que la clinique de M. Bouillaud est peut-être la seule dans Paris où l'on s'occupe avec un soin tout particulier de l'examen de ces importantes questions, et qu'il n'est pas de jour où les urines, le sang et la salive, ne soient soumis à un sévère examen, pour y trouver des documens scientifiques dont il ne se doute seulement pas.

Je désirerais pouvoir longuement m'étendre sur des détails aussi intéressans; j'espère pouvoir le faire un jour, je me bornerai à quelques considérations générales sur l'urine des individus affectés d'entérite typhoïde.

Le plus souvent, l'excrétion en est facile; dans les cas graves elle est retenue dans la vessie, ou bien involontairement épanchée avec les matières fécales, sans que le malade en ait conscience. Dans les premiers jours de l'entérite typhoïde, l'urine présente des caractères assez tranchés pour qu'on puisse déjà affirmer qu'elle n'appartient pas à un individu affecté d'une franche inflammation aigüe des poumons ou des séreuses, par exemple; ainsi elle est ordinairement d'un jaune sale plus ou moins foncé, transparente, il existe quelquefois à la partie supérieure un léger énéorème; d'autres fois, elle a l'apparence huileuse, son odeur a des nuances infinies qui toutes cependant, se rattachent à un certain type aromatique; ainsi, les variétés les plus constantes sont l'odeur de nougat ou de pain d'épice; quelquefois elles se rapprochent plus de l'odeur de fouine ou d'écureuil; enfin, elles exhalent par fois des odeurs très-agréables, telles que celles de violettes ou de pommes de reinette.

Parmi leurs propriétés chimiques, on n'a pu jusqu'à présent constater que leur état acide ou alcalin; dans cette première période, elles sont toujours acides, mais à un degré plus ou moins fort; ainsi, celles qui sont un peu foncées en couleur, transparentes, et avec odeur de pain d'épice, sont ordinairement le plus acides.

Dans une période plus avancée de la maladie, les urines rendues volontairement, ou retirées au moyen de la sonde, changent de caractère.

Ainsi, dans ces cas, elles sont quelquefois troubles et d'une couleur tout à fait analogue au petit-lait qui se décompose, ou à du bouillon léger qui commence à tourner; dans ces cas, l'odeur qu'elles exhalent se rapproche de celle que donnent ces liquides; et cependant le réactif chimique ne démontre pas la présence d'un acide libre dans ces liquides, elles sont le plus ordinairement neutres.

Dans d'autres cas elles présentent à peu près la même apparence que celles que j'ai décrites dans la période moins avancée; mais alors elles déposent souvent une matière furfuracée, et leur odeur a changé; celle de bouse de vache existe d'une manière remarquable. Dans ce cas, elles sont le plus souvent neutres, elles se décomposent très-rapidement, et exhalent bientôt l'odeur d'ammoniaque. Enfin, dans un degré encore plus avancé, l'urine, au moment où elle est rendue est plus ou moins trouble, exhale une odeur putride légèrement ammoniacale, et donne aux réactifs les caractères alcalins.

Ajoutons que lorsque la maladie est arrivée à ce point, et que son intensité s'amende peu à peu, on voit successivement l'urine parcourir en sens inverses les phases que nous venons de décrire; ainsi, l'odeur de bouse de vache diminue peu à peu, elle est remplacée par celle de pain d'épice ou de nougat; puis enfin, elle reprend son odeur ordinaire. En même temps, les caractères chimiques changent: d'alcaline elle redevient neutre, puis, de plus en plus acide, jusqu'à son état normal.

Tels sont, bien brièvement sans doute, les principaux caractères qui ont été reconnus dans l'urine des malades atteints de cette affection; ce court exposé suffira pour prouver qu'on s'occupe de l'étude de ce liquide, plus, sans doute, que ne l'ont jamais fait ceux qui insistent si fortement pour en recommander l'examen.

Je terminerai l'histoire de ces différens cas, en donnant le tableau général du traitement qu'on a employé pour en triompher.

Nos	Date de la maladie.	Saignées.	Application de ventouses.	Sangsues.	Vésicatoires.	Traitement chloruré.	Guérison ou mort.
			HOMMES.				
1	3 jours.	1 s. 3 pal. 1/2	1 ap. 3 pal. 1/2.	»	»	traitem. chlor.	guéri le 5e j.
1	8 jours.	»	»	»	»	idem.	guéri le 9e j.
3	8 jours.	2 s. 7 pal.	2 ap. 7 pal.	»	2 vésic.	idem.	guéri le 16e j.
6	10 jours.	»	»	»	»	trait. émoll. et chlor.	guéri le 6e j.
7	8 jours.	3 s. 10 pal.	4 ap. 12 pal.	20 sangs.	2 vés.	trait. chlor. bains.	mort le 18e j.
7	13 jours.	»	»	»	»	trait. émoll. et chlor.	guéri le 13e j.
9	10 jours.	2 s. 7 pal.	1 ap. 3 pal.	»	»	trait. chlor. bains.	guéri le 7e j.
12	9 jours.	2 s. 6 pal.	3 ap. 8 pal.	»	2 vésic.	trait. chlor. affusion.	mort le 20e j.
13	7 jours.	1 s. 3 pal. 1/2	1 ap. 3 pal. 1/2	»	»	trait. émoll. et chlor.	guéri le 7e j.
15	15 jours.	1 s. 3 pal. 1/2	2 ap. 7 pal.	»	2 vés. sinap.	idem. bains affus.	mort le 16e j.
15	14 jours.	1 s. 5 pal.	2 ap. 7 pal.	»	»	idem. idem.	guéri le 41e j.
15	10 jours.	4 s. 13 pal.	2 ap. 6 pal.	20 sangs.	2 vésic.	idem. bains glace.	mort le 14e j.
19	10 jours.	1 s. 3 pal.	2 ap. 6 pal.	»	»	traitem. chlor.	guéri le 13e j.
			FEMMES.				
1	15 jours.	1 s. 3 pal.	»	40 sangs.	»	traitem. chlor.	guérie le 17e j.
7	8 jours.	1 s. 3 pal. 1/2	1 ap. 3 pal.	»	»	idem.	guérie le 6e j.
8	8 jours.	»	1 ap. 3 pal. 1/2.	20 sangs.	»	idem.	guérie le 12e j.

De cet exposé, nous pouvons conclure que l'âge de la maladie était, terme moyen, d'environ 11 jours, au moment de l'entrée; de ces 16 cas, trois seulement furent assez légers pour qu'on pût essayer la simple méthode des délayans et des chlorures, les 13 autres cas furent assez graves pour exiger l'emploi des émissions sanguines, qui furent employées de la même manière que dans les occasions précédentes; ainsi l'on retira, terme moyen, aux 13 malades qui furent soumis au traitement antiphlogistique, environ onze palettes par la saignée, les ventouses ou les sangsues; dans cinq cas, enfin, on appliqua des vésicatoires aux mollets.

La durée du traitement fut de 13 à 14 jours. Le nombre de morts fut de 4 sur 16, ce qui donne 1 mort sur 4. Mais il ne faut pas, je le répète, regarder ce chiffre comme définitif, puisque j'ai déjà par devers moi, dans le mois de juillet, une douzaine de cas d'entérites folliculeuses qui toutes ont guéri. On conçoit dès lors que ce résultat sera complétement changé, et qu'il faut attendre, pour porter un jugement définitif, le résumé général des cinq mois de clinique.

Il me reste, pour terminer l'exposé des maladies aiguës du tube digestif, à parler de deux cas d'entérocolite, dont l'un, seul remarquable, s'est terminé par la mort. Il s'agit dans cette observation d'une femme de 52 ans, malade depuis un mois, dont l'affection fut prise chez elle pour une fièvre tierce, et qui fut traitée par des purgatifs, des émétiques, et en dernier lieu par le sulfate de quinine. Tous ces moyens, loin de diminuer les accidens, les avaient considérablement accrus, et, à l'entrée, la malade avait une fièvre intense, une teinte jaune de la face, une langue sèche, un dévoiement très-abondant, elle exhalait une odeur insupportable de matières fécales liquides. Il n'existait, du reste, ni prostration, ni stupeur; elle dépérit ainsi peu à peu, et succomba 7 à 8 jours après son entrée. A l'ouverture on trouva, entre autres lésions, une couleur brune foncée du cœcum, avec quelques érosions. La valvule iléo-cœcale était un peu rongée et d'une couleur rouge brun. Le gros intestin présentait une teinte lie de vin rouge, uniforme dans toute son étendue qui était parsemée d'érosions plus ou moins profondes. Nul doute que ces lésions n'aient été fabriquées artificiellement par le traitement incendiaire qu'avait subi cette femme avant son entrée.

Je placerai ici l'observation remarquable d'une péritonite, accompagnée de symptômes cholériques, qui se déclara chez un malade convalescent d'une très-légère gastro-duodénite, et dont j'ai déjà parlé.

Il était d'un appétit très-glouton, et ne pouvait se contenter de la petite portion d'alimens qui lui était permise; il s'en procura une assez grande quantité, et, pour cacher son repas, il descendit au jardin par un temps froid et humide. Il éprouva un refroidissement subit; vomit les alimens dont il s'était gorgé, et le lendemain, à la visite, nous le trouvâmes avec une fièvre, intense: le pouls était petit, étroit, 112 pulsations. Il avait vomit une grande quantité de matières bilieuses porracées; la soif était très-vive, et les nausées suivaient immédiatement l'ingestion des boissons; les extrémités étaient froides, couvertes d'une sueur visqueuse; la face était grippée; l'abdomen, plus chaud que le reste du corps, était douloureux à la moindre pression, on y constatait déjà la présence d'un liquide. Il y avait eu toute la nuit des selles innombrables tout-à-fait liquides; le malade n'avait pas uriné: on le sonda, et on ne trouva pas de liquide dans sa vessie. Les jambes étaient le siége de crampes douloureuses. On pres-

crivit la glace pour boisson, 30 sangsues sur l'abdomen. Malgré ce traitement, le lendemain l'état était encore plus grave. La même prescription fut ordonnée; mais le malade succomba dans l'après-midi. A l'ouverture du cadavre, on trouva dans la cavité du péritoine une grande quantité d'un liquide purulent. L'intérieur du tube digestif présentait les follicules isolés très-développés, et il contenait en abondance le liquide blanchâtre, caractéristique des selles des cholériques; de sorte que, bien évidemment, il y avait eu chez ce malade la réunion de tous les signes physiologiques et pathologiques de la péritonite et du choléra.

Une femme, qui s'était empoisonnée depuis 24 heures avec l'eau de javelle, fut traitée par deux saignées et trois applications de 25 sangsues le long du trajet de l'œsophage, et fut guérie dans l'espace de six jours.

Enfin on eut à traiter chez des femmes trois cas de tumeurs stercorales. Ces maladies, qu'on pourrait méconnaître au premier abord, si l'on n'examinait pas les malades avec le plus grand soin, et qu'on diagnostique facilement en appliquant la percussion à l'examen de l'abdomen, ont toutes été traitées par de doux purgatifs et ont rapidement cédé à l'emploi de ces médicamens.

Je passe sous silence cinq cas de courbature, un cas de pleurodynie, trois cas d'anciennes douleurs rhumatismales, un cas de blennorrhagie, un autre de névralgie occipitale et deux cas de tœnia, toutes maladies qui n'offrirent rien de particulier, et qui furent toutes guéries après un temps plus ou moins long.

Les affections chroniques dont il me reste à parler sont assez nombreuses, et ne pourraient offrir un intérêt réel, que si chaque observation était décrite avec détail: c'est ce qu'il m'est impossible de faire dans un travail de ce genre, dans lequel je suis obligé de faire des groupes de faits suivis de réflexions générales. Je me vois donc, avec regret, forcé de me borner à énumérer les faits d'une manière sommaire. Je citerai d'abord deux cas de ramollissement cérébral et un de la moëlle épinière.

Dans l'un, que présentait une femme couchée au n. 8, il avait existé pendant longtemps des engourdissemens et des fourmillemens dans les membres du côté droit, puis la malade était tombée tout à coup sans connaissance, avec résolution des membres. Son état ne varia pas beaucoup jusqu'à sa mort. Elle périt dans l'état comateux, et, à l'ouverture, on trouva le lobe gauche du cervelet adhérent à la fosse occipitale et à la tente du cervelet; ce même côté présentait un ramollissement pultacé, purulent et une induration ancienne fibro-cartilagineuse de la dure-mère.

Chez une autre femme, couchée au n. 9, l'affection ne se termina point par la mort. Il y avait un an, après avoir éprouvé pendant un mois des fourmillemens, des picotemens dans les membres du côté gauche, qu'elle était tombée, sans perdre connaissance, paralysée des deux membres de ce côté: le mouvement était revenu trois mois après. Quand elle entra dans le service, depuis trois semaines elle éprouvait des contractions et des convulsions dans la partie gauche de la face et les membres de ce côté. Du reste, elle pouvait encore serrer avec assez de force les objets qu'on lui présentait, et sa sensibilité était intacte de ce côté. Le traitement qui fut employé ne pouvait être que palliatif. Elle sortit vingt jours après son entrée dans le même état.

Un homme couché au n. 24, était affecté de paraplégie, avec difficulté d'uriner et de rendre les matières fécales, par suite d'un ramollissement de la moëlle; il sortit dans le même état.

Les affections chroniques des organes respiratoires furent au nombre de 15, et c'est surtout dans cette catégorie que les cas funestes furent nombreux. Je les indiquerai brièvement.

Notons d'abord 2 cas d'hémoptysie, dont l'un (n. 23) avec soupçon de tubercules, et l'autre, n. 5 (hommes) avec hypertrophie du cœur, guéries par deux saignées et des potions avec le ratanhia et la limonade sulfurique; au n° 7 (femmes), une laryngite chronique ayant 3 mois de date, guérie en un mois par l'application de 20 sangsues au cou, et celle de deux petits vésicatoires des deux côtés du larynx; quatre cas de bronchite chronique n. 6, 13, 17 et 24 (hommes) dont deux avec emphysème pulmonaire (n. 17 et 24) sortis guéris ou grandement soulagés par des émissions sanguines, générales et locales, suivies de l'emploi des vésicatoires. Un cas d'induration du sommet du poumon gauche avec caverne (n. 26) guéri par l'emploi d'une saignée, l'application de ventouses sur la région de la caverne, et un emplâtre stibié long-temps continué. Le malade n'avait plus en sortant cette abondante expectoration purulente qu'il présentait à son entrée, il n'existait plus de gargouillemens ni même de craquemens humides au sommet du poumon affecté. Ce jeune garçon avait repris des forces, de l'embonpoint, tout indiquait que la caverne s'était cicatrisée.

Enfin, huit cas de tubercules confirmés, à l'arrivée des malades, et qui se terminèrent par la mort. Je signalerai seulement parmi ces cas malheureusement trop communs, celui d'un malade couché au n. 18, et qui présenta, les deux derniers jours, les symptômes d'une perforation du poumon et passage de l'air dans la cavité de la plèvre. Il y avait voussure et résonnance tympanique de tout ce côté (le gauche). Le cœur était refoulé, et ses battemens s'entendaient à droite. On percevait distinctement le souffle et la résonnance amphoriques. A l'autopsie, la perforation du poumon fut trouvée, la cavité pleurale était distendue par une grande quantité d'air qui siffla avec force lorsqu'on ouvrit le thorax. Le côté contenait, du reste, une petite quantité de liquide.

Il me faudrait encore un grand nombre de pages pour mentionner avec tous les détails qu'elles méritent les affections organiques du centre circulatoire. Je suis obligé d'être ici plus succinct que l'importance du sujet ne l'exigerait. Je dirai toutefois que les sujets qui présentèrent ce genre d'altérations furent au nombre de 8

(5 hommes et 3 femmes). Six de ces individus étaient atteints d'une hypertrophie du cœur, trois avec induration et rétrécissement des valvules, deux sans rétrécissement, un enfin chez lequel l'hypertrophie était simple. Chez deux femmes il y avait dilatation du cœur avec caillots dans cet organe.

Le traitement employé dans ces cas, a varié; cependant on pourrait le ramener à la formule suivante: Une ou deux saignées générales au début, un large vésicatoire appliqué dans la région du cœur et saupoudré de poudre de digitale, pendant que ce médicament était également administré à l'intérieur. Sous l'influence de ce traitement, sept d'entre eux sont sortis soulagés, un seul a succombé.

Je mentionnerai ici trois cas de chlorose qui présentèrent tous une des variétés du bruit de diable, et qui furent heureusement traités par les préparations de fer à haute dose; deux cas d'hystérie qui n'offrirent rien de particulier, et un cas de cancer utérin avancé incurable même par l'instrument tranchant, et qui resta seulement quelques jours.

Parmi les affections chroniques des organes contenues dans la cavité abdominale, je signalerai une péritonite chronique chez une femme, couchée au n. 5, et qui fut guérie après trois mois d'un traitement, qui consista en l'application de 2 vésicatoires dans la région des reins, puis par la ponction qu'on fit suivre de frictions mercurielles sur l'abdomen, et de l'application d'un bandage compressif méthodiquement appliqué; deux squirrhes de l'estomac, les nos 20 (hommes) et 13 (femmes); un cas bien remarquable de cancer ulcéré du pilore et du foie, avec induration squirrheuse du pancréas (n. 14 hommes), qui s'est terminé par la mort; trois cas d'hypertrophie du foie avec ictère (nos 11, 16 et 25 hommes), tous trois sortis non guéris; un cas d'ascite, avec tumeur encéphaloïde développée dans le rein; un autre déterminé par une oblitération de la veine porte à son passage dans le foie affecté de cirrhose; enfin un cas d'abcès dans le rectum, qui ne fit que passer dans le service et fut envoyé en chirurgie, et un cas d'hémorrhoïdes externes qui fut guéri par des applications de sangsues nombreuses au pourtour de l'anus et des bains de siége à une basse température.

J'ai terminé cette dernière partie de ma tâche. Cette fin paraîtra sans doute un peu aride; mais ici, je le répète, je n'ai pu qu'énumérer des faits dont les détails seuls présentent un vif intérêt. Un jour viendra, je l'espère, où je pourrai mettre en œuvre ces riches matériaux dans un travail d'un autre genre.

C'est en contemplant ces tristes résultats d'affections aiguës à moitié traitées et à moitié guéries, qu'on éprouve un ardent désir de voir enfin triompher une méthode curative qui, non seulement enlève rapidement les accidens présens, mais préserve de ces affreux reliquats devant lesquels nous restons sans moyen d'action.

Je m'abstiens de faire ici le recensement général des cas funestes. C'est un travail qui terminera mon prochain article, dans lequel non seulement je rendrai compte des deux derniers mois de l'année scolaire, mais qui présentera en outre à la fin un résumé général de tout le service pendant toute la durée de la clinique.

Considérations sur les causes de la rupture des tumeurs anévrysmales internes; par le docteur J. Pigeaux.

Jusqu'ici, les ruptures des kystes anévrismaux ont plus été étudiées sous le point de vue de leurs conséquences funestes, que sous le rapport des causes qui pouvaient amener cette terrible catastrophe.

C'est pour rappeler l'attention des praticiens vers l'examen de cette importante partie de la thérapeutique des anévrysmes, que je dois passer successivement en revue chacune des causes de leur rupture, qui ne sont pas d'ordinaire appréciées à leur juste valeur.

Si l'on considère la structure de la plupart des *kystes anévrysmaux* développés aux dépens de la tunique celluleuse de l'aorte ou de ses principales ramifications, on peut facilement se convaincre de la solidité des parois qui les composent. Revêtue, le plus souvent, à l'extérieur, d'une enveloppe séreuse empruntée aux parties environnantes, la tunique celluleuse de ces kystes, considérablement hypertrophiée et condensée, se trouve encore protégée à l'intérieur par des couches fibrineuses qui amortissent les efforts excentriques de l'impulsion du sang. Aussi, nul doute pour moi, que sans les affections auxquelles les parois des kystes anévrysmaux sont sujettes, leur rupture serait presque aussi rare que celle des tuniques artérielles, toutes choses égales d'ailleurs (1).

Les causes de la rupture des anévrysmes internes, bien que toutes convergentes au même résultat, la diminution de la résistance présentée par les parois du kyste aux efforts du sang, peuvent être rangées en trois catégories qui auront l'avantage d'en faciliter l'étude.

1° Causes externes ou extérieures, agissant sur la paroi de l'anévrysme de dehors en dedans.

2° Causes intrinsèques, provenant d'affections propres aux enveloppes de la tumeur.

3° Causes internes ou issues de maladies auxquelles sont sujettes les couches fibrineuses organisées dont l'anévrysme est plus ou moins complètement rempli, ou bien dépendant d'une impulsion insolite du sang qui y aborde.

1° *Causes externes.* Les fastes de l'art nous apprennent que trop souvent le fer du médecin ignorant et même celui d'un opérateur habile ont imprudemment ouvert des kystes anévrysmaux pris pour des abcès.

---

(1) La longue carrière que mènent certains anévrysmatiques dans les hôpitaux réservés à la vieillesse, par le fait de la régularité de leur vie, vient à l'appui de cette espèce de paradoxe, et indique la conduite à tenir pour arriver au même résultat.

La conduite du praticien dans un cas aussi critique est toute tracée. Si la mort n'a pas suivi de près l'hémorrhagie qui se fait jour à travers les lèvres de l'incision, tous les efforts du médecin doivent tendre à en rapprocher les bords pour en favoriser la cicatrisation. Une pression douce et bien combinée amènera le résultat plus sûrement qu'une trop forte compression; l'effet consécutif de celle-ci est trop souvent une gangrène dont l'issue est constamment mortelle.

La tumeur anévrysmale est-elle plus profondément située, le fer peut encore l'atteindre, mais alors rarement dirigé par la main des gens de l'art, il termine d'ordinaire en peu de temps les jours du malade; s'il en était autrement, le traitement serait le même que pour les plaies des gros ses artères dont l'effet n'est pas aussi constamment funeste qu'on le croit généralement. Le repos, des évacuations sanguines modérées, un régime tempéré, la tranquillité de l'esprit forment la base de la thérapeutique à opposer en pareil cas.

Que l'anévrysme soit superficiel ou profond, des coups plus ou moins violens portés sur les parties qui le recouvrent peuvent en occasionner la rupture immédiate ou déterminer une congestion sanguine sur les parois du kyste; laquelle congestion pourra se résoudre ou se terminer par une inflammation ulcératrice qui entraînera presque nécessairement la mort du malade. L'attention du médecin doit tendre à prévenir ce résultat par tous les moyens résolutifs qui sont à sa disposition. Qu'il se garde toutefois d'abuser des évacuations sanguines; les plus célèbres praticiens ont établi les réserves les plus formelles sur ce sujet. A. Vesale, T. Bartholin, Lancisi, et surtout Valsalva qu'on n'accusera pas de modérantisme en fait d'évacuation sanguine, n'ont qu'une voix sur ce point de doctrine par trop oublié de nos jours.

Parmi les causes externes réagissant sur le kyste anévrysmal, on doit placer les aspérités osseuses mises à nu par la résorption d'une partie des os placés en contact immédiat avec les parois de l'anévrysme. Parfois, ces pointes s'enfoncent sans produire aucun accident jusque dans l'intérieur des kystes anévrysmaux. Elles se trouvent alors en contact immédiat avec le sang, une inflammation adhésive a fait contracter des adhérences entre leur base et les parois du kyste; mais aussi, le plus souvent, si les parois de la tumeur sont préalablement altérées l'inflammation destinée à développer des adhérences, devient ulcérative et la rupture de l'anévrysme s'effectue encore de dehors en dedans.

Le travail d'élimination qui s'établit dans un ganglion bronchique ou mésentérique suppuré, commence, le plus souvent, par faire contracter des adhérences entre l'extérieur du ganglion et un organe voisin; puis, insensiblement, l'amincissement des surfaces réunies permet, quelquefois, au pus de se faire jour dans une bronche ou dans une anse intestinale qui l'évacuent au dehors; le même travail s'effectue sur les parois d'un kyste anévrysmal, on a vu la perforation s'ensuivre et la cavité du ganglion devenir un diverticule du grand kyste; mais le plus souvent la rupture de ses parois donne au sang du sac anévrysmal une issue promptement suivie de la mort.

Une cause différente de rupture des tumeurs anévrysmales, mais toujours agissant de l'extérieur à l'intérieur, se rencontre assez souvent chez les tuberculeux. Le voisinage des grosses bronches et de la trachée avec l'origine des gros vaisseaux est aussi connu que la compression exercée par les tumeurs anévrysmales sur les canaux bronchiques. Si, comme il est si commun, la muqueuse de ces organes devient le siége d'ulcération, les progrès de cette affection peuvent arriver à perforer les parois contiguës du canal respiratoire et du kyste anévrysmal revêtues ou non de couches fibrineuses. Alors aussi, l'expectoration d'une certaine quantité de sang noir prévient du danger où se trouve le malade, si l'existence d'une tumeur anévrysmale a été reconnue. Si des couches fibrineuses interceptent la communication entre les voies respiratoires et le sang du sac, presque constamment, une inflammation s'empare des parois du kyste, rompt les adhérences des couches fibrineuses et de l'intérieur du sac, et fraie une route au sang, après un temps plus ou moins considérable. Une dernière hémorrhagie termine les jours du malade, les voies respiratoires se trouvent alors presque toujours pleines de sang. De fréquens exemples de ce cas se sont présentés à la Société anatomique; il est même à noter que plusieurs ulcérations peuvent ainsi perforer les parois d'un anévrysme sans donner lieu à une mort immédiate. Un intervalle de temps, quelquefois de plusieurs mois, peut séparer la première hémorrhagie de celle qui a entraîné la perte du sujet. J'ai vu un cas où l'élimination d'un tubercule pulmonaire sous-pleural avait amené le même résultat. Nous avons encore vu un cancer de l'œsophage, propagé par contiguité aux parois d'un sac anévrysmal, le ramollir, l'ulcérer et déterminer une hématémèse mortelle dont la source n'a été reconnue qu'à l'autopsie. On trouve dans les éphémérides des curieux de la nature, l'exemple de la perforation d'un kyste anévrysmal par un fragment d'os arrêté dans l'œsophage; son extraction fut suivie d'une hémorrhagie promptement mortelle.

2° *Causes intrinsèques.* Les parois des tumeurs anévrismales sont le plus souvent envahies par des productions morbides qui en altèrent la structure et en détruisent la résistance. Lorsque l'action des causes morbides qui engendrent ces productions accidentelles est peu intense et lente dans son développement, la consistance seule des parois du kyste en est diminuée, une extension plus ou moins rapide de l'anévrysme est un des accidens qu'elle entraîne (1). Mais si, au contraire;

Dans cette circonstance, si la tumeur après avoir perforé les os est subjacente à la peau, bientôt elle soulève les tégumens et les distend avec rapidité. Qu'on se garde bien alors de chercher à limiter son développement autrement que par une compression douce et modérée, l'expérience de nos ancêtres comme celle

l'inflammation productrice ou éliminatrice de ces affections entées sur des membranes déjà disposées à l'ulcération, se développe avec activité, elle se communique bientôt à l'extérieur comme à l'intérieur, et la perforation des tissus ramollis, par l'action excentrique du sang, ne tarde pas à arriver (1).

Si l'anévrysme est profondément placé, il peut encore se recouvrir du tissu cellulaire environnant; un anévrysme secondaire se développe sur l'ancien kyste comme le premier s'est détaché du tube artériel après le ramollissement et l'ulcération de la membrane propre. Mais si la tumeur est sous-cutanée, le ramollissement des tégumens ne permet guère d'opposer aux efforts du sang une barrière dont la résistance soit de quelque durée.

3° *Causes internes.* Bien que, de prime abord, il paraisse assez difficile de déterminer si l'altération des couches fibrineuses et du sang contenu dans les kystes anévrysmaux est idiopathique, ou bien si elle dépend d'une affection qui s'y est propagée de l'extérieur comme nous l'avons indiqué dans le précédent paragraphe, néanmoins on peut assurer que, dans quelques cas au moins, l'affection a commencé dans l'intérieur ou à la surface du caillot, dans la partie la plus éloignée des parois de la tumeur. Des abcès circonscrits des ramollissemens centraux, dont on suivait les progrès de l'intérieur à l'extérieur des couches fibrineuses, ne laissent pas de doute sur l'existence des affections primitives qui peuvent s'y développer. On conçoit de reste comment l'extension de la maladie, ou le travail éliminatoire des produits morbides, peut envahir consécutivement les parois du kyste et amener un accident dont la cause est le plus souvent méconnue ou faussement interprétée. Si l'on juge de la force d'impulsion que doit avoir le sang dans les tumeurs anévrysmales internes par celle qu'on perçoit dans les anévrysmes extérieurs et superficiels, ou bien par celle des artères que nous explorons pour chercher à apprécier un des symptômes de la fièvre, on pourra se convaincre de la différence infiniment variable que la force excentrique peut opposer à la résistance des parois de ces tumeurs. Dès-lors, on concevra comment cette tumeur, dont aucune affection n'avait préparé la rupture, qui résistait d'ailleurs parfaitement bien à la somme ordinaire d'impulsion qui lui était communiquée par le sang dont s'emplit la cavité à chaque contraction des ventricules, a pu céder à un effort insolite et accidentel du même liquide. La thérapeutique, ou du moins le traitement palliatif des anévrysmes, consiste donc, en grande partie, à prévenir autant que possible les causes de congestions anormales dont l'effet peut, chez les anévrysmatiques, avoir un résultat si fâcheux. Diverses causes de l'excitation générale de la circulation nous échappent, il est vrai, et sont dès-lors difficiles à éviter; mais au moins, il est de notre devoir d'en atténuer le plus promptement possible les effets. Nous devons par contre prévenir toutes celles que nous pouvons faire naître à volonté. Les émotions morales vives, les excès de tous genres, surtout ceux de la table, du coït ou du marcher, sont avant tout ce que les sujets atteints d'anévrysmes doivent éviter avec le plus grand soin.

La pléthore sanguine, bien qu'infiniment rare chez les anévrysmatiques qui réclament les secours de l'art, est une des causes générales de l'accroissement des efforts d'impulsion du sang; il serait bon de la faire disparaître, si le cas se présentait. La seconde série de causes est toute locale et dérive le plus souvent des soins indiscrets employés par les médecins pour comprimer et guérir les tumeurs anévrysmales. L'excitation qui en résulte empêche le plus souvent de continuer long-temps la compression, et la marche rapide qu'affectent alors les anévrysmes, attestent et la réserve qu'on doit apporter dans la méthode curative ou palliative des anévrysmes dont la compression forme la base et, d'autre part, fait voir le surcroît d'activité imprimé au sang consécutivement à l'excitation locale résultant du traitement mis en pratique. Les sédatifs directs et généraux devront agir de concert pour arrêter les progrès de l'anévrysme. La stase sanguine purement mécanique est la troisième et dernière cause des congestions locales qui peuvent provoquer la rupture des anévrysmes.

L'ingestion immodérée des alimens dans l'estomac, surtout si elle est suivie immédiatement du repos en supination, n'amène que trop souvent une stase funeste du sang des gros vaisseaux sans doute comprimés par la masse alimentaire qui pèse sur eux de tout son poids lorsque le malade est couché sur le dos. La rupture si fréquente des tumeurs anévrysmales en pareil cas, atteste le danger et indique les moyens de la prévenir.

C'est probablement encore à une stase sanguine dans les vaisseaux pulmonaires, qu'il faut attribuer les ruptures des kystes anévrysmaux observées lorsque le malade fait des efforts soit pour vaincre une résistance, comme dans l'acte d'une défécation difficile, soit pour remonter, sans aide, sur un lit trop élevé, etc.

Les conseils qui dérivent de ces considérations sont trop simples pour qu'il soit besoin de les indiquer aux praticiens, mais ils sont de la plus grande importance à faire connaître aux malades.

D'après ces considérations, tirées de l'examen des causes si variées de la rupture des anévrysmes, on voit

---

des praticiens modernes a parlé. Le refoulement immodéré de la tumeur, active sa distension intérieure dans une proportion relative, et bientôt la résistance de ses parois vaincue, détermine une rupture interne de l'anévrysme qui eût sans doute été moins prématurée, si l'extension du kyste eût été abandonnée aux voies de la nature. La pratique des hôpitaux, quelques cas observés en ville et les *Archives de la Société anatomique*, nous ont donné sur ce point une conviction des mieux fondée.

(1) Un mouvement fébrile insolite annonce d'ordinaire le commencement et la marche de ce travail, peut-être pourrait-on l'enrayer par un traitement antiphlogistique bien dirigé, une saignée opportune offre si souvent ce résultat, qu'on serait tenté de croire qu'elle a arrêté au moins momentanément le ramollissement du kyste anévrysmal. *A juvantibus fit indicatio.*

tout d'abord l'irrationnalité du traitement banal, palliatif ou curatif, des tumeurs anévrysmales. On sent aussi combien leur thérapeutique pourrait gagner en précision et en activité, si l'on avait toujours présent dans l'application des méthodes, l'appréciation exacte des causes qui doivent les faire préférer les unes aux autres et les modifier elles-mêmes pour les rendre applicables au cas particulier qui réclame nos soins.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

AOUT 1835.

Observations et réflexions sur la gangrène spontanée ou sénile. Son traitement par les antiphlogistiques.

M. le docteur Lannelongue a publié dans le *Journal de médecine pratique de Bordeaux* trois observations de gangrène senile, sur lesquelles nous devons arrêter l'attention de nos lecteurs.

Cette affection, suivant l'auteur de l'article, reconnaît pour cause l'oblitération des artères des membres, produite, soit par l'artérite, soit par l'ossification des parois de ces vaisseaux. Tous les faits observés par ce médecin prouvent en faveur de cette opinion, et ceux qu'on va lire viennent encore ajouter à sa conviction.

Une femme âgée de quatre-vingt-dix ans se plaignit, le 19 janvier 1831, de fourmillemens continuels qui s'étendaient jusqu'au coude. Cette partie était engourdie, commençait à être froide et violette aux extrémités des doigts; ceux-ci étaient insensibles par le toucher. La circulation fut explorée par M. Lannelongue : l'artère brachiale battait encore, mais irrégulièrement, les pulsations de la radiale s'arrêtaient au poignet, au lieu où on explore le pouls; en cet endroit l'artère était dure comme du bois; la cubitale ne faisait non plus sentir aucune pulsation. Il était évident que ces artères étaient oblitérées par ossification. La malade, en outre, offrait tous les signes d'une dilatation du côté droit du cœur. On se borna à prescrire deux pilules contenant chacune un grain d'opium et deux grains de digitale. La gangrène envahit la main, et la malade succomba le quatrième jour.

L'autopsie ne put en être faite, mais l'ossification des artères était évidente, et cette cause, jointe au grand âge de la malade, avait rendu inutiles toute espèce de thérapeutique.

Le 15 février 1832, M. Lannelongue fut appelé près d'un officier de santé âgé de soixante-neuf ans. Ce malade ressentait une douleur lancinante, déchirante dans le pied droit, accompagnée d'un froid glacial à l'extrémité des orteils. Le pied était bleuâtre, les orteils froids et couleur lie de vin. Les pulsations de l'artère pédieuse n'étaient pas sensibles; la pression sur le trajet de la poplitée était fort douloureuse; les battemens de cette artère étaient forts et durs. On ne pouvait sentir les pulsations des artères tibiales postérieure et péronière. La cause de cette gangrène était donc une oblitération des vaisseaux artériels du pied, oblitération elle-même produite par l'artérite. En conséquence on prescrivit au malade une saignée, des bains locaux émolliens, et des cataplasmes émolliens et laudanisés sur le pied. Au bout de huit jours, le pied avait repris sa couleur ordinaire, ainsi que les orteils, le second excepté. La douleur persistait néanmoins encore. On insista sur l'emploi des émolliens, et au bout d'un mois il ne restait qu'une très-petite plaie à la base de l'ongle du second orteil. Il fallut très-peu de temps pour la guérir.

Dans la troisième observation citée par M. Lannelongue, il s'agissait d'un homme malade déjà depuis plusieurs jours. La gangrène, résultat de l'inflammation de la tibiale antérieure et de l'oblitération des rameaux de la pédieuse, avait envahi tout le coude-pied. On avait employé inutilement des purgatifs, des saignées et des applications irritantes sur les parties malades. Dix sangsues furent aussitôt placées sur le trajet douloureux de la tibiale, puis la jambe enveloppée d'un cataplasme émollient. Tous les points du coude-pied qui n'étaient encore que livides tombèrent en gangrène. De nouvelles sangsues furent prescrites. En quatre jours tout le coude-pied fut noir, et l'escharre s'étendait jusqu'à la malléole externe. On insista sur le traitement antiphlogistique, et on fit lotionner tout le pied avec le chlorure d'oxide de sodium. La gangrène s'arrêta très-promptement, et le pied qui avait été tout violacé reprit sa couleur naturelle. La douleur et l'insomnie disparurent en même temps, et il ne resta qu'une large plaie qui, pansée avec le cérat de saturne, puis le cérat simple, arriva enfin après quelques mois à guérison complète.

M. Lannelongue fait suivre ces observations de quelques considérations pratiques sur la cause et le traitement de la gangrène sénile. Il s'élève avec force contre les applications toniques et stimulantes, et surtout contre le quinquina qu'un usage banal fait employer indistinctement par beaucoup de praticiens. Il en est de même, suivant ce médecin, de l'amputation qu'autrefois on pratiquait pour arrêter la gangrène, et à laquelle on ne doit jamais avoir recours que lorsque, par des soins convenables, on a arrêté la marche de la gangrène, c'est-à-dire l'inflammation de l'artère qui la produit.

Réflexions. Le traitement de la gangrène dite sénile ou spontanée a été singulièrement modifié dans ces dernières années, et c'est un des points de thérapeutique qui atteste le plus les progrès de la médecine moderne. La plus grande obscurité régnait sur en effet les causes et le développement de cette maladie; c'était une mortifica-

tion des tissus par faiblesse, par défaut d'excitation, et l'on s'efforçait d'y remédier par des applications de quinquina, auquel on attribuait une propriété antiseptique, et qui, dans le plus grand nombre des cas, ne faisait qu'augmenter l'irritation des parties malades sans favoriser la délimitation des tissus gangrenés.

Aujourd'hui on est généralement d'accord pour reconnaître comme cause de cette gangrène une oblitération des artères du membre. Cette opinion n'est pas nouvelle, mais on doit à quelques médecins de nos jours d'avoir assigné, comme cause fréquente de ces oblitérations, une inflammation des parois du vaisseau, et d'avoir établi par conséquent un mode de traitement tout-à-fait rationnel, puisqu'en enlevant la cause par un traitement antiphlogistique actif, on permettra aux sucs nutritifs d'arriver dans le membre malade, et l'on bornera, sur-le-champ la gangrène, si déjà elle avait envahi les tissus.

Si l'on ne peut expliquer de cette manière le développement de toutes les gangrènes séniles, il faut convenir du moins que, dans l'immense majorité des cas, tout porte à croire que cette maladie débute de la sorte. C'est une affection purement inflammatoire, et avant d'avoir placé le siége de l'inflammation dans l'artère elle-même, de bons observateurs avaient remarqué que le traitement antiphlogistique était le seul à mettre en usage. Cette remarque suffirait presque pour faire adopter les opinions émises plus haut. Voici en effet ce qu'écrivait M. Dupuytren en 1824 :

« Une femme âgée de soixante et quelques années vint à l'Hôtel-Dieu, il y a près d'un an, pour y être traitée de gangrène sénile qui affectait les orteils du pied gauche. De vives et longues douleurs avaient précédé cette gangrène, et avaient pendant plusieurs mois privé la malade de tout sommeil. La maladie avait en outre pour caractères la mortification, la dessication, et en quelque sorte la momification du sommet des orteils indiqués, la tuméfaction violacée de la partie voisine des orteils et du pied, et une odeur vive, pénétrante et très-difficile à supporter.

» Pendant les premiers mois de son séjour à l'Hôtel-Dieu, on eut recours successivement, et sans le moindre succès, aux opiacés et au quinquina, administrés à l'intérieur et appliqués à l'extérieur. Loin de s'amender, la maladie fit des progrès ; le reste des orteils, le dos et la plante du pied, les parties molles et les parties osseuses furent frappées assez rapidement, d'abord de gonflement violacé très-douloureux, ensuite de gangrène sèche, toujours accompagnée d'une odeur très-forte. L'état du cœur, des poumons et des principales artères fut étudié ; on n'y découvrit aucun signe de lésion. A cette époque, tourmenté par les douleurs de la malade, et fatigué que j'étais de l'inutilité que j'avais si souvent éprouvée des remèdes calmans, antispasmodiques, toniques, antiseptiques, etc., conseillés et employés par tous les auteurs et par tous les praticiens, je résolus de tenter d'autres moyens, et prenant conseil de l'état du pouls qui était plein et dur, de l'état de la face qui était rouge et animée, je fis pratiquer à la malade une saignée de deux palettes. Les douleurs furent calmées, le sommeil fut rappelé, et les progrès de la gangrène furent suspendus à tel point que la malade ne s'était jamais trouvée aussi bien depuis le commencement de son mal. Cette amélioration dura pendant une quinzaine, au bout duquel temps les douleurs reparurent. Suivant encore la méthode *a juvantibus indicatio,* je fis pratiquer une nouvelle saignée qui eut les mêmes effets que la première. A dater de ce moment, on y recourut chaque fois que la maladie menaça de reparaître ; et à la faveur de ce traitement, les retours de la gangrène sénile ont été prévenus. Les parties gangrenées se sont séparées, la cicatrice s'est faite, et la malade est sortie de l'Hôtel-Dieu, emportant avec elle le conseil de recourir à la saignée, chaque fois que quelque symptôme de son ancien mal pourrait en faire craindre le retour.

» Depuis ce temps, plusieurs individus affectés de gangrène sénile ont été traités par la saignée, et toujours avec le même succès. Ce traitement s'applique-t-il à toutes les espèces de cette maladie ? Je pense qu'il peut s'appliquer toutes les fois que la maladie est accompagnée de douleurs vives, de tuméfaction considérable, de plénitude et de dureté dans le pouls, de coloration de la face. » (V. *Dict. de méd.*, tom. 10, p. 65.)

Il est évident pour tous ceux qui ont lu ce qui a été écrit dans ces dernières années sur la gangrène sénile, que la malade de M. Dupuytren était atteinte d'une artérite qui obstruait une partie des vaisseaux nourriciers du pied. Quel est le degré de fréquence de cette artérite dans la gangrène sénile ? C'est ce que les recherches sur ce sujet n'ont peut-être pas encore bien précisé ; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'un traitement antiphlogistique, plus ou moins actif suivant l'âge et les forces du sujet, convient dans l'immense majorité des cas de cette gangrène, et tout porte à croire que lorsqu'on ne parvient pas à empêcher de la sorte l'extension de la gangrène, c'est que les artères sont déjà ossifiées dans une étendue considérable, et qu'aucun moyen par conséquent ne saurait remédier à cette obstruction.

Recherches pratiques sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte. (Analyse.)

M. Carron du Villards a publié sous ce titre un ouvrage dans lequel il examine non-seulement les différens modes d'opérer la cataracte, les circonstances dans lesquelles tel ou tel procédé doit être choisi de préférence, mais encore tous les accidens qui peuvent survenir et contrarier le succès de l'opération, quelle que soit la méthode qu'on ait adoptée.

Parmi ces accidens, il en est qui ont plus particulièrement fixé l'attention de l'auteur, et sur lesquels, peut-être, on n'avait pas assez insisté jusqu'à ce jour. Dans ce nombre, nous citerons les névralgies sus-orbitaires

et auriculo-maxillaires qui surviennent quelquefois après l'opération de la cataracte, au moment même où l'opéré va très-bien, et après que les symptômes inflammatoires sont dissipés. C'est, d'après l'auteur, ordinairement vers le quinzième jour que la maladie se déclare quand on a pratiqué l'abaissement, tandis que c'est vers le sixième ou le septième jour, quand on a mis en usage l'extraction. Tout-à-coup l'opéré est saisi d'une douleur violente ayant son siége, tantôt vers la racine du nez, tantôt dans les régions frontales et orbitaires, tantôt à la tempe. D'autres fois, elles occupent l'angle inférieur du nez, l'oreille, etc. Ces douleurs paraissent le plus ordinairement tous les jours, à la même heure, et augmentent en général d'intensité. Les malades sont dans une angoisse extrême; ils se frappent la tête avec les mains, poussent des cris aigus; les yeux sont rouges, injectés, larmoyans; la lumière est insupportable, la pupille se trouve extraordinairement contractée. Dans d'autres cas, l'œil n'offre aucun de ces symptômes; toute la douleur se concentre derrière l'oreille, d'où elle s'irradie aux alvéoles, aux dents, qui deviennent excessivement douloureuses et paraissent augmenter de volume. Cette affection peut exister avec ou sans fièvre, et se reproduit souvent à des intervalles assez éloignés; M. Carron du Villards a vu chez une dame ce groupe de symptômes se reproduire tous les quinze jours. Ces douleurs peuvent, au reste, s'étendre jusqu'aux membranes du cerveau, et compromettre l'existence du malade; elles peuvent aussi produire dans l'œil une irritation assez vive pour s'opposer au succès de l'opération.

Le traitement de cette névralgie doit varier suivant les circonstances. Ainsi, la saignée du pied est un moyen puissant quand les individus sont forts et pléthoriques. Chez les femmes mal réglées, ou près de l'âge critique, il est ordinairement nécessaire de réitérer cette évacuation sanguine, la première n'ayant souvent pour effet que d'augmenter l'intensité des douleurs. Les sangsues derrière les apophyses mastoïdes ou sur le trajet des veines jugulaires peuvent être appliquées en même temps. On frictionne la tempe et le pourtour de l'orbite avec l'extrait de belladone. Si l'estomac est en bon état, on donne de légères doses de calomel et de jalap, puis on prescrit les bains de pied sinapisés et des cataplasmes chauds en forme de bottine. Ces moyens sont nécessaires pour calmer les douleurs; mais pour prévenir leur retour, on a le plus souvent recours au quinquina. On a employé aussi avec succès le carbonate de fer ainsi que de hautes doses souvent répétées de la potion effervescente de Rivière, au moment où les premiers symptômes se manifestent.

Lorsqu'on a affaire à des enfans qui refusent de prendre des remèdes amers, on peut employer la cinchonine pure, en leur faisant avaler, peu d'instans après, quelques gouttes d'acide sulfurique étendues dans un verre d'eau. Les vésicatoires ont en général une action nuisible dans cette maladie. Cependant on obtient de très-bons effets du galvanisme dirigé, à l'aide de la pile de Volta, sur une surface dénudée avec la pommade de Gondret. Voici maintenant quelques faits dans lesquels ces principes ont été mis en pratique.

Une jeune Portugaise, atteinte de deux cataractes, fut opérée par M. Carron le 1er mars 1822. L'opération n'offrit rien de remarquable; elle fut peu douloureuse, et la malade aperçut aussitôt très-distinctement la lumière. Tout se passa sans accidens jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle l'opérée fut tout-à-coup atteinte de douleurs sus-orbitaires tellement atroces qu'elle poussait des cris perçans. La face était rouge, animée, le pouls dur, vibrant; on pratiqua une saignée au pied de deux fortes palettes; en même temps on frictionnait le pourtour de l'orbite et la tempe avec de l'extrait de belladone. La douleur fut calmée, mais elle revint deux jours après à la même heure, et avec non moins d'intensité.

Aussitôt que l'accès fut terminé, la malade reprit sa tranquillité habituelle; mais à l'époque ordinaire, un nouveau paroxisme se manifesta. A peine les douleurs avaient-elles commencé à se faire sentir, que M. Carron prescrivit une demi-once de la potion effervescente de Rivière, à prendre tous les quarts-d'heure. L'accès ne fut presque pas douloureux. Deux jours après, il se manifesta de nouveaux prodromes d'un troisième accès, mais la même potion en prévint le développement. A dater de ce moment, la malade fut complètement débarrassée de sa névralgie.

Chez un autre malade, de semblables douleurs s'étant manifestées, on eut recours sans succès aux émissions sanguines, aux frictions de belladone, aux révulsifs de toute espèce. Le carbonate de fer fut alors prescrit de la manière suivante : On mêla deux scrupules de carbonate de fer à deux gros de sucre, pour faire dix poudres à prendre dans la journée. On commença l'usage de ce médicament le 20 avril. Le 21, on reconnut une diminution notable dans l'intensité et dans la fréquence des accès. Quelques jours après, le malade était radicalement guéri. On continua néanmoins l'usage du carbonate de fer jusqu'aux premiers jours de mai. On pratiqua alors l'opération sur l'autre œil. Pareils accidens nerveux survinrent encore, et on les combattit avec un égal succès par le même médicament.

Dans d'autres observations, enfin, le sulfate de quinine a merveilleusement réussi; et sous son influence ces douloureux paroxismes ont complètement cessé pour ne plus reparaître.

Nous n'examinerons pas ici tous les autres accidens qui peuvent survenir après l'opération de la cataracte, tels que l'ophthalmorrhagie, l'iritis aiguë et chronique, l'éréthisme oculaire, etc., et nous passerons sous silence les avantages et les inconvéniens des diverses méthodes d'opérer, pour nous arrêter quelques instans sur les règles tracées par M. Carron, relativement à la conduite à tenir après l'opération, quel que soit le procédé auquel on ait donné la préférence.

Il est presque impossible de placer un appareil sur les yeux des enfans opérés de la cataracte, car les efforts qu'ils font pour s'en débarrasser sont plus nuisibles au succès de l'opération que l'absence de tout appareil. Il faut donc se borner à pratiquer des frictions de bella-

donc dans le pourtour de l'orbite, et à placer les yeux opérés dans une obscurité convenable et dans une atmosphère peu chaude.

S'il se manifeste une inflammation, il faut avoir recours à l'application de quelques sangsues aux tempes ou derrière les oreilles, mais jamais sur les paupières : pratique vicieuse qui peut avoir les plus fâcheux résultats. Quand l'inflammation est très-violente, M. Carron fait avec avantage des scarifications dans l'intérieur des narines.

C'est toujours pendant le sommeil qu'il faut examiner les yeux des enfans. Si on ne peut y parvenir sans les éveiller, il faut leur faire prendre un sirop légèrement narcotique ou leur introduire dans le rectum un léger suppositoire de beurre de cacao, mêlé à quelque substance soporifique.

Une précaution indispensable est d'accoutumer peu à peu le malade à la lumière. En présentant trop-tôt les yeux au grand jour, on s'expose à produire une inflammation de la rétine, et cet empressement est la cause la plus fréquente des insuccès. Le malade ne sera donc conduit au grand jour qu'après avoir passé par des degrés variés de lumière. Pendant long-temps, il sera même convenable de lui faire porter un garde-vue et des lunettes colorées.

La plupart des aveugles de naissance à qui l'on rend la lumière ne savent point voir, et il est nécessaire de leur apprendre à se servir d'un sens nouveau pour eux. Ils s'empressent ordinairement de toucher avec les mains les objets dont ils calculent mal l'éloignement; mais cette rectification d'un sens par un autre peut retarder de beaucoup chez les enfans le libre exercice de la vision. Il est donc quelquefois nécessaire de leur attacher les mains derrière le dos, de les tourmenter en quelque sorte jusqu'à ce qu'ils aient appris à juger par la vue des corps qui les environnent.

Tels sont quelques-uns des préceptes généraux émis par M. Carron du Villards sur les soins consécutifs à donner aux opérés de la cataracte. Les bornes de cet article ne nous permettent pas de nous arrêter plus long-temps sur un ouvrage qui contient de sages conseils et de nombreuses observations que les praticiens liront avec intérêt.

Nouvelle méthode de traitement des ulcères et de l'engorgement squirrheux ou carcinomateux du col de l'utérus, par les injections de jus de carotte crue, combinées avec le traitement antiphlogistique. (Art. communiqué par M. Tardieu, de Saint-Alban, docteur en médecine, résidant à Sangues.)

« Un des moyens les plus préconisés par plusieurs auteurs, et surtout par le professeur Fages, pour obtenir la cicatrisation des ulcères chancreux, pour paralyser même la marche des cancers, en quelque partie du corps qu'ils aient leur siége, est la râpure de carotte à l'état cru :

» Ayant été chargé, il y a sept mois, du traitement d'une jeune femme atteinte, depuis neuf à dix ans, de l'ulcère du col de l'utérus, nous avons employé un procédé par lequel cet agent thérapeutique peut être mis en œuvre à l'intérieur comme il l'a été, et comme il l'est encore extérieurement dans plusieurs cas.

» Madame *** âgée de trente-six ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une constitution grêle, enfanta pour la première fois, et pour la dernière jusqu'à ce jour, en 1826 : ses couches furent pénibles : quelques mois après elle éprouva des douleurs dans la région lombaire, les cuisses, l'hypogastre ; à cet état succéda une hémorrhagie qui reparut à des intervalles plus ou moins éloignés, pendant quatre ou cinq ans ; bientôt une perte blanche survint ; cette évacuation n'a en aucune manière porté de dérangement à l'évacuation périodique ; elle n'a pas même, jusqu'à un certain point, réveillé l'attention de madame *** pendant les premières années ; elle dégénéra bientôt cependant en perte sanieuse fétide. Enfin, le mal s'aggrave et se manifeste par des accès hystériques qui le font méconnaître long-temps par le médecin ordinaire, qui ne s'occupe nullement de maladies chirurgicales. Lorsque je fus appelé en septembre et en octobre 1834, madame *** était réduite à l'état suivant : face jaune ; constitution dépravée, amaigrie. Le col de l'utérus arrivait presque au niveau des petites lèvres : il était considérablement engorgé ; la face interne du museau-de-tanche était boursoufflée ; comme renversée, rugueuse, saignante ; le doigt retiré donnait une odeur repoussante ; la malade ne pouvait supporter les approches de son mari, pas même l'introduction de l'index ; depuis deux mois son époux conservait, sans pouvoir s'en débarrasser, une gonorrhée qui résultait et qu'entretenait son union avec sa femme.

» Dans cet état de choses, j'ordonnai l'application de douze sangsues dans l'intérieur des lèvres ; des lavemens d'eau de mauve au moyen de la seringue à matrice ; des fomentations de la même nature sur l'hypogastre ; une diète légère, etc. Après avoir combattu les premiers symptômes inflammatoires, je substituai aux lavemens de mauve ceux provenant du jus de la râpure de carotte, obtenu par l'addition d'une certaine quantité d'eau tiède ajoutée à la râpure ; j'en secondai l'effet par le tamponnement du vagin, au moyen de la même râpure modifiée, comme il est dit, par l'eau tiède ; tamponnement que l'on doit pousser aussi haut qu'il est possible, afin de mettre en contact le museau-de-tanche avec cette espèce de pulpe. Ce dernier moyen a été mis en œuvre le soir, lorsque la malade avait rendu ses urines, et retiré le matin pour vaquer au même besoin. On en a suspendu l'emploi dans les momens de la menstruation ; il a été remplacé le jour par plusieurs injections de jus de carotte (quatre fois par jour). L'application de huit sangsues à l'intérieur des lèvres a eu constamment lieu tous les huit jours. La malade a observé la diète blanche rigoureusement. Depuis deux mois, les symptômes sont entièrement amendés ; il n'y a plus d'accès hystériques ; plus de souffrances dans la région hypogastri-

que ; plus de perte sanieuse ; le col de l'utérus est remonté, est plus souple, n'a plus cette sensibilité exaltée, ne donne plus d'odeur nauséeuse ; madame *** voit son mari sans éprouver de secousse pénible ; son teint est rosé ; sa marche est assurée et facile. Toutefois, nous avons encore à combattre l'engorgement du col, et pour cela nous avons adopté la solution d'hydriodate de potasse ioduré. Sans nous dissimuler la nécessité d'employer long-temps ce moyen, nous espérons un succès semblable à celui qu'a obtenu M. Clariou jeune, et à celui que nous venons d'obtenir dans une autre observation à peu près semblable. »

Clinique d'accouchemens : Considérations pratiques sur les causes qui peuvent retarder l'expulsion de la tête du fœtus descendue dans la cavité du bassin.

Lorsque dans les cours d'accouchemens on fait la description du bassin, on a tellement en vue le bassin sec, qu'on oublie de parler des parties molles qu'on y rencontre. Ainsi, on a établi qu'il existait deux axes, l'un pour le détroit supérieur, l'autre pour le détroit inférieur ; mais il en est un troisième qu'on n'a pas signalé, et qui cependant est d'une haute importance dans la théorie de l'accouchement. Représentons-nous, par exemple, le fœtus remplacé par un corps inerte et s'engageant dans le détroit supérieur en suivant l'axe connu ; il est évident qu'il s'arrêtera sur le sacrum. S'il prend ensuite la direction du second axe indiqué, au lieu de sortir par la vulve, il s'arrêtera sur le périnée. Il faut donc, pour se rendre un compte exact de ce qui se passe, imaginer un troisième axe qui, partant à peu près de la partie moyenne du sacrum, se dirigera vers la vulve. C'est cette direction que le fœtus suit souvent avec tant de peine, et qui varie considérablement, suivant la longueur du périnée. C'est cette disposition qui fait que chez les principales l'accouchement est souvent si difficile.

Ces trois axes bien connus, l'attention devra toujours être dirigée sur ce point, savoir : si la force d'expulsion est trop faible, ou si la force de résistance est trop grande. Ainsi, dans les trois cas où l'on a appliqué le forceps deux fois, l'obstacle provenait d'un excès de force de résistance ; une seule fois le retard provenait d'un défaut de force d'action. Dans ces trois observations, les moyens employés pour terminer l'accouchement ont été les mêmes : mais dans le plus grand nombre des cas, cette distinction est importante à établir pour les applications thérapeutiques. Ainsi, quand il y aura de fortes contractions utérines, et que cependant le travail n'avancera pas, il ne faudra pas avoir recours à une augmentation de force d'action : le seigle ergoté, par exemple, ne saurait être administré chez une femme dont le système musculaire est très-développé, et qui fait valoir convenablement ses douleurs. Une telle conduite serait préjudiciable non-seulement à l'enfant, dont la vie serait compromise, mais encore à la mère, chez laquelle on pourrait déterminer quelque rupture funeste.

Si, au contraire, on était appelé chez une femme dont les faibles contractions utérines ne peuvent expulser la tête, qui, bien que descendue jusqu'à la vulve, n'éprouve qu'une force de résistance médiocre, il est évident qu'on doit chercher à ranimer la force d'expulsion par le seigle ergoté ou d'autres stimulans.

Mais il n'est pas toujours facile de reconnaître quand la force d'expulsion est trop faible ou la résistance trop forte. M. Dubois fut appelé dernièrement par deux médecins qui assistaient une femme depuis quelques jours. A son arrivée, la tête du fœtus était au détroit inférieur, et ne pouvait le franchir ; on avait d'abord pensé que ce retard provenait de ce que le mouvement de rotation ne s'exécutait pas, et on avait inutilement tenté de l'opérer ; puis le forceps avait été appliqué, mais on n'avait pu parvenir à en articuler les branches. Cette femme était déjà accouchée naturellement ; les douleurs étaient très-fortes, mais tout-à-fait irrégulières, et n'étaient point expulsives ; la tête reposait sur le périnée, bien qu'il ne bombât en aucune façon. Cet état durait depuis plusieurs heures et il était urgent de terminer l'accouchement, ce que M. Dubois fit sur-le-champ à l'aide du forceps. Cet instrument une fois appliqué, il suffit de faire quelques légères tractions, et une forte douleur étant survenue, la tête fut expulsée avec l'instrument.

Il arrive quelquefois que, bien que les douleurs soient violentes, le col utérin n'éprouve aucune dilatation. Il y a dans ce cas un moyen assez simple d'accélérer le travail, moyen qui réussit assez souvent : il consiste à l'arrêter en donnant une forte dose d'opium. C'est ordinairement le sirop de diacode, à la dose de deux onces, que M. Dubois emploie de préférence. La femme ne tarde pas à s'endormir ; et lorsqu'elle se réveille, le travail recommence avec régularité. S'il n'y avait pas eu urgence de terminer l'accouchement dans le cas précité, c'est le moyen qu'on eût employé pour changer la nature des douleurs.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Considérations sur la syphilide squammeuse.

La syphilide squammeuse se manifeste, comme son nom l'indique, par des écailles plus ou moins nombreuses qui se détachent par plaques lorsque l'éruption s'est développée. Elle affecte différentes formes qu'il est important de signaler. Ainsi, tantôt toute une région de la peau, les bras par exemple, le front, les cuisses offrent une rougeur générale et des squammes plus ou moins nombreuses ; d'autres fois ces squammes sont répandues çà et là sur diverses parties du corps, affectent une forme arrondie, et, examinées à la loupe,

présentent une multitude de petites écailles qui, rapprochées les unes des autres, constituent les plaques qu'on peut aisément enlever avec l'ongle. Cette dernière variété s'observe surtout chez les enfans peu de jours après leur naissance.

Enfin, il est une troisième variété qu'on rencontre assez fréquemment et dont nous avons recueilli quelques exemples ; c'est la syphilide squammeuse cornée, qui se développe à la plante des pieds et à la paume des mains, et qui ressemble assez aux ampoules qui se forment sur ces parties lorsqu'elles ont été exposées à de fortes pressions.

Pour rendre cette description plus sensible, nous allons citer quelques exemples pris dans ces diverses variétés de syphilides.

Au n° 4 de l'infirmerie, a été couché, le 21 janvier dernier, un homme de trente-quatre ans. Au mois d'août précédent, il avait contracté un chancre du gland, sur lequel on avait, disait-il, appliqué de l'onguent mercuriel et une poudre blanche. Au bout de quinze jours cet ulcère avait été cicatrisé ; mais deux mois après, un ulcère de la gorge et une éruption générale l'avaient forcé d'entrer dans un hôpital où il avait pris une quarantaine de paquets de muriate d'or.

A son entrée aux Vénériens, il offrait sur les avant-bras et sur le front de très-larges rougeurs, sur lesquelles étaient desséminées des pustules et des squammes très-nombreuses, qui se détachaient par parcelles. Ce malade fut mis à l'usage de la décoction de salsepareille avec le sirop sudorifique. Il fit en outre des fumigations de cinabre, auxquelles il fallut bientôt renoncer, les gencives ayant été prises d'inflammation. Cependant les plaques ne tardèrent pas à se détacher, et vers la fin de février, la peau, infiniment moins rouge, présentait, au lieu de croûtes, une infinité de petits points, qui n'étaient autre chose que les cicatrices de la multitude des petites pustules, composant dans l'origine l'éruption squammeuse. Cet homme n'est sorti que le 18 avril, entièrement débarrassé de son éruption.

Une jeune femme, jouissant habituellement d'une bonne santé, prit un nourrisson qui avait le corps couvert d'une éruption syphilitique. Peu de temps après, il lui vint des crevasses aux seins. Elle entra à l'hôpital Cochin, où elle séjourna plusieurs mois, et, voyant qu'elle ne guérissait point, elle se présenta aux Vénériens, où elle fut reçue le 31 octobre 1834, et couchée au n° 31 de la seconde salle. Elle portait sur le cuir chevelu, le front et la nuque, des plaques blanches de différentes grandeurs, élevées un peu au-dessus du niveau de la peau, et tout autour, sur les tégumens devenus rouges, une multitude de petits points blancs semblables à de la farine. Ces points blancs, examinés avec soin, semblaient se réunir dans certaines parties, et former ainsi, par leur agglomération, les plaques dont nous parlions tout-à-l'heure. Des squammes semblables existaient sur la poitrine, le dos et les cuisses. Une céphalalgie habituelle et des larmoiemens accompagnaient cette éruption. On fit la prescription suivante : Tisane de salsepareille, une pilule d'un grain de protoiodure de mercure ; pour régime, pruneaux et légumes frais, bains d'eau simple.

Le traitement fut commencé vers le milieu de novembre. Dans les premiers jours de janvier, les squammes étaient remplacées par des taches brunâtres, qui tendaient de plus en plus à s'effacer. Ces taches avaient presque entièrement disparu. A la fin de février la malade pouvait être considérée comme guérie.

Ces deux exemples nous offrent les deux variétés les plus ordinaires de la syphilide squammeuse. Nous avons observé la troisième espèce chez un jeune homme, couché au n° 3 de la seconde salle, et qui a voulu sortir avant d'être complètement guéri. Ce malade avait eu, à différentes époques, des chancres à la verge et une blennorrhagie. Depuis trois semaines environ, il était survenu des pustules muqueuses aux bourses, et ces pustules, en s'éloignant de cette région, prenaient peu à peu la forme papuleuse. On remarquait, surtout sous la plante des pieds et la paume des mains, des squammes blanchâtres entourées d'un cercle jaune, à peu près semblables aux ampoules qui se développent sur ces parties, lorsqu'avec l'ongle on a crevé le vésicule qui les constitue. Le cyanure de mercure fut encore administré à ce malade, qui était en bonne voie de guérison lorsqu'il voulut quitter l'hôpital.

On peut aussi rapprocher de la syphilide squammeuse cette affection particulière, qu'on a désignée sous le nom d'*onyxis*, et qui consiste dans une inflammation de l'extrémité des doigts, à la suite de laquelle l'épiderme se détache comme si ces parties avaient été brûlées. La matrice de l'ongle elle-même étant malade, celui-ci se brunit et finit par se détacher.

Pareil accident s'observe également pour les cheveux, la barbe et les sourcils, lorsque, la syphilide squammeuse se developpant sur la tête, l'inflammation pénètre jusqu'à l'organe productif du poil, et détermine sa chute temporaire. (Après la guérison de cette éruption, en effet, les cheveux et la barbe se reproduisent de nouveau.) C est ce que nous avons observé au n° 3 de la petite salle, chez un homme dont les cils, les sourcils et les cheveux sont tombés presque complètement. Leur reproduction s'est faite en partie, lorsque, par l'usage des bains à vapeurs de cinabre, il eut entièrement été débarrassé de sa syphilide.

La syphilide squammeuse est ordinairement un symptôme consécutif de vérole, et elle se manifeste, en général, à une époque plus éloignée des accidens primitifs qu'on ne l'observe pour les différentes formes d'éruptions que nous avons étudiées jusqu'ici.

MÉDECINE LÉGALE.

Des attentats à la pudeur (viol).

M.,

Après vous avoir fait connaître, dans mes premières lettres, les principales notions préliminaires à l'étude

de la médecine légale, je vais successivement aborder avec vous chacune des questions qui composent son domaine. Il importe peu que j'adopte une marche particulière dans leur exposition, car, dans cet art, il est rare qu'un sujet en éclaire un autre. Je commencerai donc par les attentats à la pudeur, et particulièrement par le viol, à l'occasion duquel les magistrats consultent très-souvent les médecins. Mais la médecine légale n'étant autre chose qu'une application raisonnée des connaissances médicales aux lois, je vous rappellerai à chaque question le texte de la législation, en même temps que j'en établirai le sens et l'interprétation.

Législation.

Code pén., art. 330 : « Toute personne qui aura commis un outrage public à la pudeur sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de 16 francs à 200 francs. »

Code pén., art. 331 : « Tout attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence sur la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe, âgé de moins de onze ans, sera puni de la réclusion. »

Code pén., art. 332 : « Quiconque aura commis le crime de viol sera puni des travaux forcés à temps. — Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable subira le maximum de la peine des travaux forcés à temps. — Quiconque aura commis un attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou de l'autre sexe, sera puni de la réclusion. — Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable subira la peine des travaux forcés à temps. »

Code pén., art. 333 : « Si les coupables sont les ascendans de la personne sur laquelle a été commis l'attentat ; s'ils sont de la classe de ceux qui ont autorité sur elles ; s'ils sont ses instituteurs ou ses serviteurs à gages, ou serviteurs à gages des personnes ci-dessus désignées ; s'ils sont fonctionnaires ou ministres d'un culte, ou si le coupable, quel qu'il soit, a été aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes, la peine sera celle des travaux forcés à temps, dans le cas prévu par l'art. 331, et des travaux forcés à perpétuité, dans les cas prévus par l'art. précédent. »

L'art. 330 punit tout outrage public à la pudeur sans distinction de sexe ; ici c'est la publicité qui constitue le délit. L'outrage public aura pu être commis par une personne, en ce sens qu'elle se sera livrée *publiquement* à des actes réprouvés par les bonnes mœurs. Il n'est pas nécessaire du concours des deux sexes, quoique l'outrage puisse avoir été commis par les deux sexes réunis. Ainsi un homme ou une femme marchent nus dans la rue ; un homme ou une femme se livrent séparément et publiquement à des attouchemens honteux ; un homme et une femme se font publiquement des attouchemens indécens ; voilà autant d'actes dans lesquels il y a outrage public à la pudeur. Tous ces actes sont consentis et volontaires. Cachés, ils n'auraient aucun caractère de criminalité ; publics, ils sont passibles de peines.

Il est rare que, dans le cas de l'art 330, des médecins soient consultés, car les actes se sont nécessairement passés en présence de témoins, et les témoignages établissent les preuves.

L'art. 331 établit une pénalité à l'égard des attentats à la pudeur autres que le viol, dirigés contre la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe, âgé de moins de onze ans.

L'art. 332 établit d'abord une distinction entre le crime de viol et les autres attentats à la pudeur, consommés ou tentés avec violence. Ensuite il met une différence dans la pénalité de ces deux crimes, suivant qu'ils ont été commis sur des enfans au-dessous de l'âge de quinze ans, ou sur des personnes plus âgées. Le viol est l'acte de la copulation *consommé* ou *tenté* avec violence, et par conséquent contre la volonté de l'une des parties. Quant aux autres attentats, ils comprennent la pédérastie, les attouchemens et autres manœuvres qu'il n'est pas nécessaire de vous énumérer, alors toutefois qu'ils sont tentés ou consommés avec violence.

Dans l'art. 333, il ne s'agit que d'une peine plus grande infligée en raison de la qualité de la personne qui a commis l'action.

D'où il résulte que la volonté, la publicité et la violence sont les trois cachets de ces crimes. La distinction qui repose sur l'âge est basée sur cette circonstance que l'on suppose que l'enfant, ou n'a pas eu les moyens de se défendre, ou n'a pas la conscience de l'action qui est commise envers lui, et ne peut pas juger le préjudice qu'on lui porte, en sorte qu'il ne peut opposer aucune résistance.

De ces quatre articles, deux seulement peuvent réclamer les lumières des experts. Quelle est l'attribution qui leur est dévolue dans ces circonstances? Je crois qu'on l'a beaucoup trop étendue. En effet, si vous voulez consulter tous les auteurs qui ont traité ce sujet, Belloc, Mahon, Fodéré, Orfila, vous verrez qu'ils se sont toujours proposé la question de viol ou d'attentat à la pudeur, tout entière ! Mais le viol est un crime, et un crime comporte toujours : 1° l'intention, la volonté ; 2° l'exécution ou le commencement d'exécution. Le médecin ne peut pas juger de l'intention ni de la volonté du criminel ; quant à l'exécution, il ne la juge même que par ses résultats. Or, les resultats de l'action ne constituent que la fin de l'exécution ; le médecin ne peut donc pas résoudre la question de viol, puisqu'il n'est chargé que de l'examen des résultats matériels ; aussi est-ce à tort, suivant moi, que, dans les ouvrages de médecine légale, on pose constamment la question de viol. Elle ne doit pas, elle ne peut pas être résolue par le médecin seul.

Mais lorsqu'un magistrat vous commettra dans un cas de ce genre, il s'exprimera en ces termes : Attendu qu'il résulte de l'instruction commencée à l'égard du sieur ***, à l'occasion duquel s'élèvent des présomptions de viol contre la fille ***, commettons M....., docteur en médecine, à l'effet de visiter la fille ou la femme *** ; de déterminer si la défloration a eu lieu?

si, dans le cas où elle aurait eu lieu, elle serait récente ou ancienne? si la fille *** porte aux parties génitales, sur les diverses parties du corps ou sur ses vêtemens, des traces ou indices de violences? si ces traces de violences peuvent être regardées *comme le résultat* d'une tentative de viol ou de toute autre cause? s'il existe des traces d'écoulement ou d'autres indices d'une maladie vénérienne? si ces traces sont le fait d'une infection récente ou ancienne? »

Telles sont en effet les diverses questions qu'un expert puisse résoudre à l'occasion du crime de viol: aussi les aborderai-je avec vous. Mais comme les faits frappent beaucoup mieux l'esprit que les raisonnemens, c'est par un fait que je débuterai pour par la suite le commenter, l'interpréter et l'étayer de faits nouveaux.

Nous soussignés, docteurs en médecine, nous sommes rendus aujourd'hui 26 juillet 1834, à huit heures du matin, à Montreuil-sur-Bois, arrondissement de Sceaux, chez madame....., à l'effet de visiter Adélaïde-Alexandrine Del..., âgée de moins de seize ans; de constater son état actuel; de déterminer si le crime de viol a été consommé, et si les altérations déjà remarquées sur elle ont été le résultat de violences exercées sur sa personne; enfin s'il y a concordance entre les faits constatés le 1er juillet et ceux existant aujourd'hui? le tout ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M. Geo...., juge d'instruction, à laquelle a été joint un rapport de M. le docteur Rapatel, qui a visité cette jeune fille le 1er juillet, jour où elle aurait été en butte aux violences d'un sieur Delaune.

Adélaïde Del.... était à Paris. Nous avons questionné sa mère sur les circonstances du viol et l'état de santé actuel de sa fille; elle nous a déclaré que le 1er juillet, à deux heures, Adélaïde était partie faire de l'herbe dans un des jardins du bois de Vincennes avec le sieur Delaune; qu'elle était revenue à cinq heures, la figure rouge, animée, larmoyante, les membres rompus, fatigués, un désordre extrême dans ses vêtemens; qu'elle lui avait déclaré que Delaune l'ayant d'abord conduite dans un premier jardin voisin de personnes qui travaillaient à la terre, il l'avait ensuite amenée dans un autre plus isolé; que là, s'étant livré à des actes contraires à la décence, Adélaïde l'avait menacé de le frapper de sa serpette; qu'alors il l'avait jetée sur l'herbe, avait abusé de sa force pour l'empêcher de crier, et avait tenté de la violer; qu'enfin il l'avait retenue fort long-temps dans cette position, et que c'était à la lutte qui s'était engagée entre Delaune et elle qu'il fallait attribuer les marques de violence rapportées par le docteur Rapatel; que sa chemise portait des traces de sang et d'autres taches d'un blanc sale; que sa fille était restée quatre jours au lit, et qu'actuellement elle éprouvait encore quelques douleurs provenant des coups qu'elle avait reçus. Elle a ajouté que sa fille n'avait jamais été adonnée à la masturbation, qu'elle n'avait jamais eu de fleurs blanches, et qu'elle n'était pas encore réglée.

Et le même jour, nous nous sommes rendus rue Tirechappe, n° 17, chez madame Gabrielle, fabricante de chaussons, dans le but de visiter Adélaïde Del...., demeurant actuellement chez cette personne. Là, après lui avoir fait connaître l'objet de notre mission, nous l'avons questionnée sur les circonstances des violences auxquelles elle a été en proie. Elle nous les a reproduites telles que sa mère nous l'avait fait connaître et que nous venons de l'exposer. Questionnée sur le temps que le sieur Delaune avait pu rester sur elle lorsqu'il l'a eu jetée par terre, elle l'a évalué à au moins *une heure et demie*. Nous l'avons alors visitée, et voici ce que nous avons observé : Il ne reste pas sur le corps de traces des violences dont nous avons parlé plus haut; seulement Adélaïde se plaint d'éprouver de la douleur en dehors de la rotule du côté gauche, lorsqu'on comprime cette partie ou qu'elle exécute des mouvemens. Le fait est possible, mais aucun signe extérieur n'en donne la preuve.

Les parties génitales sont dans l'état naturel; pas de traces d'excoriation ou de plaie; la membrane hymen existe encore, seulement son bord lisse est légèrement plissé, et présente à gauche une petite échancrure; les caroncules myrtiformes (débris de la membrane hymen rompue) manquent; pas d'écoulement, d'engorgement aux aines, d'ulcérations ou d'autres traces de maladie; la santé générale est bonne.

Les faits consignés dans le rapport de M. le Docteur Rapatel, qui a examiné la jeune fille le jour même de la tentative de viol, sont les suivans : les grandes lèvres *d'un rouge vif* à la partie interne, légèrement *sanguinolentes;* rouges à leur surface externe. Même état des petites lèvres; la petite lèvre droite était de plus *comme* déchirée; membrane hymen intacte, et non sanguinolente; douleurs violentes dans les aines et l'hypogastre; difficulté à marcher et à s'asseoir, violente cuisson pour uriner; contusions sur diverses parties du corps, et particulièrement à la joue droite et à la partie externe et inférieure de la cuisse droite.

Il résulte de notre examen, 1° que la fille Adélaïde Del..... ne porte pas *aujourd'hui* de traces de viol ni de tentatives de viol;

2° Que si des tentatives de viol ont été faites, le viol n'a pas été accompli, car la défloration n'a pas eu lieu et les dimensions des parties génitales sont telles, qu'il est difficile de supposer un membre viril assez petit pour avoir pénétré dans le vagin sans intéresser la membrane hymen;

3° Que les faits consignés dans le rapport de M. le docteur Rapatel tendent à établir de fortes présomptions sur la tentative d'un viol;

4° Que ces faits acquerraient encore plus de valeur, si, d'une part, les circonstances qui nous ont été rapportées par la femme Del..... et sa fille Adélaïde étaient prouvées, et, si, de l'autre, on acquérait par l'analyse chimique des taches de la chemise, la certitude que les unes sont formées par du sang, et les autres par du sperme.

Analyse chimique des taches de la chemise.

Nous, Jean-Pierre Barruel, chef des travaux chimi-

ques de la Faculté, etc., M. G. Devergie, professeur agrégé près la Faculté, nous sommes réunis le 22 août 1834 et jours suivans, au laboratoire de la Faculté de médecine, à l'effet de procéder à l'examen et à l'analyse des taches observées sur la chemise que portait Adélaïde Del.....; de déterminer si ces taches sont produites par du sang et par du sperme; si, en raison de leur position sur la chemise, ces taches ont pu être le résultat de violences exercées sur la personne de la fille Del..... pendant que le crime de viol se commettait, et de rechercher s'il existe des taches de toute autre nature.

Le tout, ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M. Geo...., juge d'instruction, en date du 13 courant, qui nous commet à cet effet.

Là, en présence de M....., qui a reconnu l'intégrité des scellés apposés sur le paquet qui renfermait la chemise, nous avons procédé à l'examen de celle-ci, ainsi qu'il suit :

En arrière de la chemise existe une surface de près d'un pied carré, sur laquelle on observe un grand nombre de taches *sanguinolentes*, mais ne présentant pas ce caractère au même degré. On en remarque trois principales, d'un pouce carré environ de surface; elles paraissent être formées par du sang pur; les autres, en général plus larges, paraissent plutôt dues à un suintement *séro-sanguinolent*, dont la circonférence est dessinée par une proportion plus grande de matière colorante que le centre, ainsi que cela a lieu alors qu'une plaie récente cesse de laisser couler du sang pur. Enfin on remarque encore plusieurs petites taches alongées, d'un jaune brunâtre, qui ont de l'analogie avec celles que produit le contact des matières fécales.

En avant de la chemise, et vers sa partie inférieure et moyenne, on observe une tache d'un blanc légèrement jaunâtre, de trois pouces de diamètre à peu près; le linge, dans ce point, est extrêmement usé, et cependant il offre une consistance plus grande, qui a de l'analogie avec un tissu faiblement empesé. A un pied plus haut, et toujours vers le milieu de la chemise, s'observent un grand nombre de taches jaunâtres, parmi lesquelles s'en remarquent d'autres très-circonscrites, d'un blanc grisâtre, et où le tissu est beaucoup plus empesé que dans tous les autres points, quoiqu'en général le linge partage une consistance beaucoup plus grande que dans les portions de la chemise qui n'offrent pas de taches. Ces divers points du linge ne présentent pas d'odeur particulière.

Analyse des taches placées sur le derrière de la chemise.

On enlève deux taches principales, qui paraissent être formées par du sang. On les coupe en petites lanières. On les introduit avec de l'eau distillée dans un petit tube fermé, et on les y fait macérer pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, le linge était complètement décoloré. A la surface du linge restait une légère couche d'une matière d'un blanc grisâtre, tellement mince, qu'il était impossible de l'en détacher.

La liqueur contenait toute la matière colorante, ramassée au fond du tube. On agite le liquide, et il prend aussitôt une teinte rouge. — On filtre. — On porte la liqueur à l'ébullition, en exposant le tube à la flamme de la lampe à esprit de vin; elle se trouble, devient opaque, se décolore et prend une teinte grise en même temps qu'il se forme des flocons d'un gris rougeâtre. — On les sépare par la décantation de la liqueur, on les traite par une dissolution concentrée de potasse; ils se dissolvent, et fournissent un liquide d'une couleur verte, vue par réflexion de la lumière, et d'une couleur rosée, vue par réfraction. — On fait passer un courant de chlore gazeux dans le liquide; lorsqu'il est saturé de chlore, on y verse quelques gouttes d'acide hydrochlorique, aussitôt il se forme des flocons blancs, nacrés et très-opaques.

Analyse des taches placées sur le devant de la chemise.

Ces taches sont séparées avec précaution du reste du tissu; une d'elles est chauffée avec précaution sur un bain de sable : elle prend peu à peu une teinte jaune très-marquée; le reste est divisé en deux portions, dont une, coupée par morceaux, est introduite dans la partie supérieure d'une éprouvette, au fond de laquelle on a mis de l'eau distillée. L'éprouvette est fermée imparfaitement, et l'eau portée à l'ébullition, de manière à ce que la vapeur vienne imprégner le linge. Le linge retiré de l'éprouvette répand une odeur spermatique très-prononcée, mêlée à une faible odeur de lessive. On agit de la même manière avec une portion non tachée de la chemise, et elle ne donne qu'une faible odeur de lessive. On place alors dans un verre à expérience les morceaux tachés et déjà soumis à l'action de la vapeur; on y ajoute ceux sur lesquels on n'avait pas encore opéré, on ajoute de l'eau distillée, et on les soumet à la macération pendant douze heures. Au bout de ce temps, le liquide, comme le linge, donne une odeur spermatique très-prononcée. Les linges sont poisseux et collent aux doigts. On les remue dans le liquide avec l'extrémité d'un tube, on en exprime ensuite toute la liqueur dont ils sont imbibés, et on les dessèche à une douce chaleur; ils s'empèsent, deviennent très-fermes et très-raides.

Le liquide de la macération est trouble; on l'introduit dans un petit tube; on le porte à l'ébullition; il se forme aussitôt des flocons d'albumine. On filtre la liqueur et on l'évapore à la lampe à esprit de vin dans une capsule de verre. Au fur et à mesure que l'ébullition a lieu, le liquide prend une consistance de plus en plus visqueuse, en même temps qu'il répand une odeur spermatique plus prononcée, mais il conserve sa limpidité; lorsqu'il est réduit au huitième de son volume, à peu près, il est alors comme oléagineux; on le traite par l'alcool concentré, et aussitôt il s'y forme une quantité considérable de flocons blancs.

Des faits et expériences qui précèdent, nous concluons :

1° Que les taches existant sur le derrière de la che-

mise d'Adélaïde Del ... sont formées, quelques-unes par de la matière fécale, et la presque totalité par du sang ;

2° Que parmi ces dernières il en est trois principales qui contiennent du sang pur et le reste est un mélange de sang et de sérosité ;

3° Que les taches observées sur le devant de la chemise sont dues en presque totalité à du sperme légèrement coloré dans quelques points par du sang ;

4° Que la situation respective de ces taches est tout-à-fait en rapport avec ce qui s'opérerait si des tentatives de viol avaient lieu, et que l'éjaculation ne se fût pas effectuée dans le vagin, mais bien au-devant et au-dessus des parties génitales.

J'appellerai d'abord votre attention sur la manière dont les questions nous ont été posées. On nous a demandé si le crime de viol a été commis? c'est à tort, si nous prenons cette question dans son acception la plus étendue. Le juge aurait dû dire : Si la fille *** a été déflorée? Toujours est-il qu'à une époque déjà assez éloignée de celle où l'on présumait que le viol avait été commis, il fallait chercher s'il existait des traces qui pussent constater le corps du délit de l'action.

A cet effet, nous nous sommes d'abord entourés de renseignemens; ils ont constitué le préambule de notre rapport; puis nous avons exploré la jeune fille, non-seulement à l'égard de ses parties génitales, mais encore sous le rapport des violences dont elle aurait pu être l'objet; car, pour accomplir son crime, la personne inculpée trouvant de la résistance dans une personne âgée de près de seize ans, avait dû se livrer à des actes de violence propres à laisser des traces. Mais déjà vingt-six jours s'étaient écoulés, et ces traces avaient disparu. L'examen des parties génitales ne nous a offert qu'un indice incertain. Toutefois l'état de la membrane hymen pouvait être considéré, ou comme une circonstance naturelle, ou comme le résultat de la cicatrisation d'une déchirure partielle. Nous avons noté avec soin l'état des parties génitales. Nous avons parlé de désordres que l'on rencontre quelquefois, et qui manquaient à cette époque, mais à défaut de preuves actuelles, nous nous sommes entourés des lumières consignées dans un premier rapport fait par un médecin, et nous y avons puisé des documens pour tirer une conclusion. Enfin, nous avons, par notre rapport, engagé le juge d'instruction à faire faire l'analyse des taches observées sur la chemise de la fille *** et cette analyse est devenue un des indices les plus concluans en faveur de l'existence d'une tentative de viol.

Reste maintenant à vous exposer les conséquences que l'on peut déduire d'un pareil examen aussi complexe, et c'est ce que nous ferons dans notre lettre suivante.

A. D.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

AOUT 1835.

N° 31. — 1er AOUT.

PATHOLOGIE EXTERNE.

—

De la rétraction permanente des doigts ; nouvelles recherches sur la nature, les causes et le traitement prophylactique et curatif de cette infirmité ; par le docteur G. GOYRAND, d'Aix, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, de la Société médicale d'émulation, des Sociétés royale et académique de médecine de Marseille, etc.

Tout ce que je vais dire ne s'applique qu'à l'espèce de rétraction que Dupuytren a décrite en 1832 dans ses *Leçons cliniques* (1), et dont j'ai moi-même entretenu l'Académie, l'année dernière, dans un mémoire que cette savante société a daigné accueillir favorablement (2), et non à la flexion permanente des doigts qui peut résulter d'une ankylose de leurs articulations, de cicatrices bridées à leur face palmaire, de la paralysie ou de la section de leurs muscles extenseurs, de cicatrices de plaies avec perte de substance du corps charnu des fléchisseurs, etc. Rappelons d'abord en peu de mots, d'après les leçons de Dupuytren et mes propres observations, les caractères de cette rétraction. J'exposerai ensuite les résultats de mes recherches anatomiques sur cette infirmité. Je discuterai l'opinion de Dupuytren sur sa nature, et je terminerai par l'étude de ses causes et de son traitement prophylactique et curatif.

Cette infirmité attaque de préférence les individus qui se livrent à de rudes travaux, et a une prédilection marquée pour les trois derniers doigts. L'annulaire en est plus souvent atteint que le médius et l'auriculaire ; elle commence ordinairement par l'annulaire, et n'attaque les deux autres que quand elle est déjà assez avancée dans le premier. Sur une des mains que j'ai envoyées l'année dernière à l'Académie, le pouce était lui-même bridé ; mais ce fait est, je crois, le seul de ce genre qui ait été observé jusqu'à présent (3). Cette infirmité présente les caractères suivans : flexion de la première phalange sur l'os métacarpien et de la seconde sur la première ; la dernière ne participe presque jamais à la rétraction. Au-devant des doigts affectés, on voit des colonnes saillantes qui s'étendent de la paume de la main à la face antérieure des deuxièmes phalanges. Quand on cherche à redresser les doigts, ces colonnes se tendent fortement, et cette tension se communique ordinairement à l'aponévrose palmaire et au tendon du palmaire grêle. La peau soulevée présente, à l'union de la paume de la main avec les doigts, des rides semi-lunaires à concavité inférieure. Cette membrane conserve ses caractères normaux, et n'adhère pas ordinairement d'une manière intime aux cordons qui la soulèvent. Les doigts affectés conservent leur nutrition normale ; leurs articulations sont saines et mobiles ; aucun effort ne peut étendre ces organes : on parviendrait plutôt à les briser qu'à les redresser.

Quelle est la nature de cette infirmité ?

Le premier fait que j'ai observé m'a donné la solution de cette question. Au mois de novembre 1834, on apporta à l'amphithéâtre de l'hôpital d'Aix, le cadavre d'un homme de 72 ans, qui était mort d'apoplexie foudroyante ; il avait plusieurs doigts de chaque main affectés de rétraction. Je ne laissai point échapper cette occasion d'étudier une infirmité encore peu connue. Je constatai tous les caractères de l'infirmité qui avait été décrite par Dupuytren. La main droite présentait cette particularité, que le pouce était fixé dans une opposition incomplète, et ne pouvait pas être porté dans l'abduction. Je disséquai ensuite les mains, et je reconnus que les tendons, leurs gaînes et l'aponévrose palmaire étaient à l'état normal ; que les doigts étaient bridés par des faisceaux fibreux anormaux, dont les uns arrondis, continus d'une part à l'aponévrose palmaire, s'inseraient par leur extrémité inférieure à la gaîne des tendons fléchisseurs et aux bords des phalanges ; d'autres, disposés en croissans, allaient seulement d'un point à un autre de ces bords. La plupart de ces faisceaux se fixaient par leur extrémité inférieure aux deuxièmes phalanges ou au point correspondant des gaînes des fléchisseurs. On en voyait qui, nés de l'apo-

(1) Leçons orales de Dupuytren, tom. Ier, premier mémoire.

(2) Mémoires de l'Académie royale de médecine, tom. III ; et GAZETTE MÉDICALE, 1834, p. 219.

(3) Nous avons donné dans ce journal l'observation d'un individu chez lequel *tous les doigts* étaient fléchis, dans chaque doigt *toutes les phalanges ;* et la peau de la face palmaire de la main et des doigts était complétement adhérente aux parties sous-jacentes, rétractée elle-même, et transformée en une sorte de tissu inodulaire. (GAZETTE MÉDICALE, 1833, pag. 112.)

(*Note du Réd. de la* GAZ. MÉD.)

névrose émettaient dans leur trajet des expansions qui se rendaient aux premières phalanges, et venaient ensuite s'insérer aux secondes. Le pouce droit était bridé par deux faisceaux, dont l'un, fort et aplati, allait du bord externe de l'aponévrose à la partie supérieure de la gaîne du tendon du grand fléchisseur de ce doigt, et l'autre, mince et arrondi, né de ce dernier point, se continuait par son autre extrémité avec la languette de l'aponévrose palmaire qui s'insérait au côté externe de la base de la première phalange de l'index. Tous ces faisceaux, formés de fibres parallèles, étaient très-résistans, inextensibles, et avaient la blancheur et l'aspect des ligamens. Je disséquai avec grand soin ces deux mains; j'enlevai toutes les parties charnues et ne conservai que l'aponévrose palmaire, les tendons fléchisseurs dans leurs gaînes et les faisceaux fibreux anormaux, et j'envoyai ces pièces pathologiques avec un mémoire à l'Académie royale de médecine.

Quand j'eus disséqué ces mains, je me demandai si l'affection que j'avais sous les yeux était bien celle que Dupuytren avait cru être le résultat d'un raccourcissement de l'aponévrose palmaire? Un nouveau fait se présenta alors à mon observation. L'économe de l'hôpital d'Aix était atteint de cette infirmité à un très-haut degré. Les trois derniers doigts de ses deux mains était fortement rétractés; l'index gauche l'était aussi, mais à un faible degré. J'observai chez ce sujet, comme chez celui dont j'avais disséqué les mains, les saillies prédigitales et la flexion des deuxièmes phalanges, caractères qui avaient été signalés par Dupuytren. En cherchant à étendre les doigts, je vis les brides palmaires presque aussi bien que je les voyais sur les mains disséquées. Je reconnus distinctement l'origine et l'insertion de la plupart de ces cordons. Je montrai à plusieurs de mes confrères et à mes élèves les mains que j'avais disséquées, et les mains aux doigts crochus de l'employé de l'hôpital; et nous reconnûmes tous, à n'en pouvoir douter, que l'infirmité de ce dernier était bien celle que Dupuytren avait décrite, et ne différait nullement de celle que j'avais disséquée. Oh! dès lors il ne me resta plus de doute, et j'exprimai ma conviction dans le travail que j'adressai à l'Académie. MM. Sanson et Breschet furent chargés par cette savante société de faire un rapport sur mon travail. Mes pièces pathologiques démontraient un fait qu'on ne pouvait révoquer en doute. Mais ces messieurs pensèrent que la lésion que que je mettais sous leurs yeux n'était pas la même que celle que Dupuytren avait décrite. Suivant eux, Dupuytren avait découvert une cause de rétraction des doigts, et j'en avais découvert une autre; pour moi, je suis convaincu que les faits sur lesquels Dupuytren a établi sa doctrine et ceux que j'ai moi-même observés sont identiques, et je vais tâcher de le prouver. Pour cela, analysons les leçons du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

1° Dupuytren a disséqué deux mains affectées de rétraction permanente des doigts.

2° Il a pratiqué quelques opérations dans le but de guérir cette infirmité.

3° Il a donné, d'après les faits qu'il avait observés, une description générale.

Dupuytren trouve une première occasion de disséquer une main dont les doigts sont rétractés; voici comment il procède (1). Il enlève la peau, et reconnaît que cette membrane n'est pour rien dans la production de l'infirmité. L'aponévrose est mise à découvert, et le chirurgien s'aperçoit qu'elle est tendue, rétractée, raccourcie. De sa partie inférieure partent des espèces de cordons qui se rendent sur les côtés du doigt malade. En cherchant à étendre les doigts, Dupuytren vit clairement que l'aponévrose subissait une sorte de tension, d'où il conjectura qu'elle était pour quelque chose dans la production de la maladie. Restait à trouver le point affecté; on coupa les prolongemens que l'aponévrose envoie sur les côtés des doigts; immédiatement, la rétraction cessa; les tendons, les os, les articulations, étaient parfaitement sains.

Dans le second cas (2), on ne cherchait plus à découvrir la nature de la lésion; on démontrait un fait de pathologie qu'on croyait connaître. Dupuytren avait fait dessiner d'avance la pièce pathologique. Le tendon du palmaire grêle et l'aponévrose palmaire avaient été isolés des parties voisines. Le professeur exerça, d'abord, des tractions sur les tendons fléchisseurs; il n'en résulta pas d'augmentation sensible de la rétraction; les cordes prédigitales n'éprouvaient pas de changement appréciable. Il chercha à étendre les doigts; alors la corde se tendit fortement; mais les tendons fléchisseurs ne suivaient que médiocrement ce mouvement. Ces tendons furent ensuite coupés au-dessus du poignet, et la rétraction resta la même. Des tractions exercées sur l'aponévrose augmentèrent la courbure des doigts vers la paume de la main. Les doigts furent de nouveau tirés dans le sens de l'extension, la corde devint raide, tendue, et était, dit-on, exclusivement formée par l'aponévrose; celle-ci, en effet, était isolée de toutes les autres parties, et il était facile de voir qu'elle était le seul obstacle au redressement des deux derniers doigts. Enfin, on coupa les expansions digitales de l'aponévrose, et la rétraction disparut à l'instant.

On conclut de ces faits que l'affection n'était autre chose qu'une crispation, un raccourcissement de l'aponévrose palmaire. Quels sont les cordons qui, de la partie inférieure de l'aponévrose, se portent sur les côtés du doigt malade? On les a pris pour *les languettes digitales de cette aponévrose*. Mais ces languettes ne descendent pas sur les côtés des doigts, c'est aux parties latérales de la base de la première phalange qu'elles se fixent. La tension que subissait l'aponévrose quand on cherchait à alonger les doigts, l'augmentation de la courbure des doigts quand on tirait sur l'aponévrose, se conçoivent aussi bien en supposant l'existence des brides anormales que j'ai démontrées, que par la ré-

(1) Leçons orales, t. 1, p. 9.
(2) Leçons orales, t. 1, p. 528.

traction de l'aponévrose elle-même. Enfin *on fit cesser la rétraction en coupant les prolongemens que l'aponévrose envoie sur les côtés des doigts.* Ceci se rapporte évidemment aux cordons dont on a parlé plus haut, qu'un examen superficiel a fait prendre pour les languettes digitales de l'aponévrose, et qui, suivant moi, n'étaient autre chose que les brides qu'on a pu voir sur les mains que j'ai envoyées à l'Académie. Supposons qu'on ne se range pas à mon opinion relativement à ces deux faits, au moins conviendra-t-on que la démonstration de la rétraction de l'aponévrose n'y est pas complète. Il paraît que les mains ne furent pas entièrement disséquées, qu'on se contenta de détacher la peau qui recouvrait l'aponévrose et les cordons pré-digitaux; car une dissection exacte de toute la main aurait suffi pour lever tout doute sur la nature du mal, et aurait rendu inutiles les diverses expériences que fit ensuite Dupuytren pour prouver que c'était l'aponévrose, et non les tendons fléchisseurs qui tenaient les doigts rétractés. En admettant que cette dissection a été incomplète, on conçoit que les cordons pré-digitaux aient pu être pris pour les expansions digitales de l'aponévrose. Mais si la manière dont on a procédé à ces dissections permet de douter qu'on ait découvert la nature de l'infirmité, je trouve dans les détails des observations de Dupuytren et de sa description générale la preuve certaine que ce chirurgien s'est trompé en attribuant cette rétraction à l'aponévrose palmaire.

En effet, M. L... avait les doigts annulaire et auriculaire tout-à-fait fléchis et couchés sur la paume de la main; la seconde phalange était pliée sur la première, et l'extrémité de la troisième appliquée sur le milieu du bord cubital de la surface palmaire. Une incision de 10 lignes pratiquée au-devant de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt annulaire, et comprenant la peau et l'aponévrose, suffit pour permettre l'extension de ce doigt; mais, pour dégager le petit doigt, on fit une première incision transversale vis-à-vis l'articulation de la première phalange avec la seconde, et l'extrémité de ce doigt fut ainsi détachée de la paume de la main. Une deuxième incision, pratiquée vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne, procura un léger dégagement; mais le doigt ne put être complètement étendu qu'après qu'on eut fait une troisième et dernière incision vis-à-vis le milieu de la première phalange. Le résultat de cette dernière incision annonçait, dit-on hautement, que cette incision avait intéressé le point d'insertion de la digitation aponévrotique. N'est-il pas évident que la première, et, quoi qu'on en ait dit, la dernière de ces incisions, ne pouvaient porter sur l'aponévrose, dont les languettes se fixent sur les côtés de la base de la première phalange, et que le corps qui mettait obstacle à l'extension du doigt, et qui a été divisé au-devant de la partie moyenne de la première phalange, ne pouvait être qu'un de ces cordons que j'ai démontrés? Voilà pourtant le fait qu'on nous présente comme un type de la rétraction permanente des doigts occasionée par le raccourcissement de l'aponévrose palmaire.

Mais voyons si la description générale que Dupuytren a donnée de cette affection, se rapporte à la crispation de l'aponévrose ou aux cordons fibreux palmaires dont j'ai parlé. Cette infirmité, suivant l'illustre professeur, consiste dans la flexion de la première phalange sur l'os métacarpien, et de la deuxième phalange sur la première. Si la chose n'est pas bien expliquée dans la description générale, elle ressort clairement des deux observations consignées dans le mémoire. J'ai déjà donné l'analyse de la première de ces observations. Chez le sujet de la seconde, les doigts étaient tellement inclinés, qu'ils ne se trouvaient plus qu'à la distance d'un pouce et demi de la paume de la main, ce qui ne peut avoir lieu par suite de la plus forte flexion de la première phalange, si la seconde reste libre. Comment donc l'aponévrose palmaire dont les languettes inférieures se fixent sur les côtés de la base des premières phalanges, peut-elle entraîner les secondes dans la flexion?

Poursuivons cette description. Au-devant de la partie supérieure des doigts affectés existent des cordes saillantes qu'on voit s'étendre vers la paume de la main, et qui se tendent fortement quand on cherche à alonger les doigts. Il est fait mention de ces cordons dans toutes les observations qui ont été recueillies à la clinique de Dupuytren (1): on les a toujours pris pour les languettes digitales de l'aponévrose palmaire. Erreur inconcevable! car l'insertion de ces languettes aux premières phalanges est à 6 lignes au moins au-dessus des commissures digitales, et sur un plan postérieur à celui qu'occupe le corps de l'aponévrose; et les efforts qui auraient pour but l'extension complète des doigts, tendraient à déprimer ces languettes au lieu de les rendre saillantes.

Je me suis, au reste, encore mieux convaincu de la vérité de ce que j'avance, en excisant en travers une portion de l'aponévrose palmaire, et réunissant ensuite par la suture les deux bords de la solution de continuité de cette membrane. Les premières phalanges étaient alors fortement fléchies sur les os du métacarpe; il est inutile de dire que les secondes restaient libres, et on ne voyait rien de semblable aux cordons saillans qui existent dans la lésion dont nous nous occupons. Mais, supposé que ces languettes pussent soulever la peau, le relief qu'elles formeraient ne pourrait être que vers le milieu de la paume de la main, au-dessus des plis qui répondent aux articulations métacarpo-phalangiennes, et jamais au-devant de la partie supérieure des doigts. Au reste, j'ai pu vérifier maintes fois l'exactitude de la description que Dupuytren a donnée de cette infirmité. J'ai vu dans tous les cas ces saillies pré-digitales, et la flexion des deuxièmes phalanges. Enfin tous les faits que j'ai observés, ceux qui ont été publiés par d'autres avec des détails suffisans, les descriptions qu'on a données de cette infirmité, ne me laissent aucun doute à cet égard; l'espèce de rétraction dont j'ai indiqué les ca-

(1) Leçons orales, tom. Ier, pag. 13, 22, 517 et 528, et Gazette médicale du 16 octobre 1832, tom. III, n° 98.

ractères en commençant, que Sir A. Cooper (1) a attribuée au raccourcissement des tendons fléchisseurs, ou de leurs gaines, ou de l'aponévrose palmaire, et Dupuytren au raccourcissement de l'aponévrose seule, est occasionée dans tous les cas par *des brides fibreuses anormales* qu'on a pu voir sur les mains que j'ai adressées l'année dernière à l'Académie. Ces cordons fibreux peuvent seuls rendre compte des saillies prédigitales et de la flexion des secondes phalanges, dispositions qu'on observe constamment, et qui en sont l'une et l'autre des signes caractéristiques. Si on examine avec quelque attention, on pourra, dans tous les cas, compter, bien qu'elles soient recouvertes par la peau, les brides prédigitales, et reconnaître leurs points d'origine et de terminaison.

M. Sanson ne s'est pas encore rendu tout-à-fait à mon opinion sur ce point; mais ce praticien regarde déjà les brides comme la cause la plus ordinaire de la rétraction, et le raccourcissement de l'aponévrose comme un fait exceptionnel. Ce chirurgien m'a dit que depuis qu'il a fait son rapport sur mon mémoire, il avait vu plusieurs fois la rétraction occasionée par les brides palmaires, et jamais celle qui dépend du raccourcissement de l'aponévrose.

On m'a reproché (2) d'avoir attribué toutes les rétractions des doigts à une même cause, tandis que des lésions différentes pouvaient y donner lieu. On a dit que les muscles fléchisseurs occasionaient aussi cette rétraction. Ai-je jamais nié la possibilité de la flexion permanente des doigts occasionée par la prédominance d'action des fléchisseurs? Non, sans doute; seulement je ne m'en suis pas occupé. Cette affection diffère essentiellement de celle dont j'ai parlé. Je vais en indiquer en peu de mots les caractères, afin qu'on la distingue de celle qui fait le sujet de ce travail.

La flexion permanente occasionée par la prédominance d'action des fléchisseurs est ordinairement la suite d'une lésion qui a tenu pendant long-temps le membre supérieur, ou seulement un ou plusieurs doigts, dans un état d'immobilité. Tant que le membre ou les doigts sont restés sans agir, ces derniers organes sont restés fléchis. Après la guérison, les puissances extensives ne peuvent plus vaincre la résistance des fléchisseurs. Dans ces cas-là, les trois phalanges des doigts affectés sont également fléchies. On ne voit au-devant des doigts crochus aucune saillie anormale. Cette flexion permanente attaque indifféremment les quatre derniers doigts. S'ils sont tous les quatre rétractés depuis long-temps, l'avant-bras est sensiblement amaigri; les doigts crochus sont amincis; la dernière phalange devient conique; les ongles sont alongés, leur face dorsale est fortement convexe. En exerçant sur ces organes des tractions un peu fortes, on parvient à les redresser. Dans ces cas-là les orthopédistes ont beau jeu; mais il y a ensuite une autre difficulté. S'ils veulent conserver le fruit de leur traitement, il faudra qu'ils rétablissent l'équilibre entre les forces d'extension et de flexion des doigts.

(1) A treatise on dislocations and on fractures of the joints, pag. 369 de l'édition américaine.

(2) Mellet, manuel d'orthopédie, pag.

Causes et traitement prophylactique de la rétraction occasionée par les brides palmaires.

Les nouveaux faits que j'ai eu occasion d'observer, et quelques nouveaux renseignemens que j'ai pu obtenir sur les circonstances qui avaient précédé la rétraction chez les sujets dont j'ai parlé dans mon premier travail, m'ont conduit à de nouvelles idées sur l'étiologie de cette infirmité.

Les personnes qui se livrent à des travaux dans lesquels la paume de la main est habituellement soumise à des fortes pressions ont l'épiderme de cette région dur et épais, la peau et l'aponévrose palmaire épaisses et résistantes. Chez elles aussi, ces filamens cellulo-fibreux sous-cutanés, dont M. Sanson a parlé dans son rapport sur mon travail, et qu'il a regardés avec raison, je crois, comme les rudimens des cordons que j'ai démontrés, sont bien plus développés que chez les personnes qui se trouvent dans les conditions opposées. Eh bien! le développement exagéré de ces filamens est déjà une prédisposition à cette infirmité. Sous l'influence de ces seules pressions, ces petits faisceaux s'hypertrophient quelquefois au point de former les cordons solides que j'ai démontrés dans le temps, et qui constituent l'infirmité dont je m'occupe; mais qu'un sujet qui a tout le système fibreux palmaire très-développé par suite de ses habitudes, soit contraint par quelque accident à tenir les doigts fléchis pendant long-temps, ces faisceaux cellulo-fibreux, qui jusqu'alors étaient assez long pour se prêter à l'extension complète des doigts, se raccourcissent, et quand la cause qui a obligé le sujet de tenir les doigts fléchis cesse d'exister, les cordons raccourcis s'opposent à l'extension complète des doigts. Cependant ces cordons devenus saillans dans la paume de la main sont soumis à des pressions plus fortes qui les irritent sans cesse, et deviennent le siége d'une nutrition toujours plus active. Les puissances extensives ne peuvent pas lutter continuellement contre cette tendance à la rétraction. Dans l'état de repos, les doigts prennent toujours une position qui relâche ces cordons, et à mesure que ceux-ci deviennent plus forts et plus épais, ils se raccourcissent toujours davantage. Mon ami, le docteur Vidal (de Cassis), a très-bien expliqué la rareté de la rétraction du pouce et de l'index, et la plus grande fréquence de cette infirmité dans le petit doigt, le médius, et surtout l'annulaire, par la différence d'énergie des puissances extensives des doigts (1).

Voilà comment je conçois le développement de ces cordons fibreux; maintenant il nous sera possible d'énumérer les causes prédisposantes et déterminantes de

(1) Gazette médicale, 27 janvier 1832, tom. III, n° 4.

cette infirmité. Les premières sont les professions d'agriculteur, de cocher, de maître d'armes, de porte-faix, l'habitude de cacheter les dépêches, etc. Il faut ajouter à ces diverses causes la disposition héréditaire.

Parmi les causes déterminantes, nous rangeons les affections arthritiques des doigts, les entorses de leurs articulations, les blessures, les inflammations de la main et de l'avant-bras, les fractures des phalanges, des os métacarpiens, de l'avant bras, du radius, surtout à son extrémité inférieure. Ainsi, chez le sujet dont j'ai envoyé les mains à l'académie, sujet qui avait été cocher et maître d'armes, il existait un cal ancien à l'extrémité inférieure de chaque radius; j'ai négligé d'en parler dans le temps, parce que je ne connaissais pas alors les rapports de causalité qui pouvaient exister entre la fracture du radius et le développement des brides palmaires.

M. Chaine, employé à l'hôpital d'Aix, dont j'ai décrit les mains dans mon premier travail, interrogé avec plus de soin sur l'origine de son infirmité, m'a dit qu'elle avait commencé par des bosselures douloureuses, qui se montrèrent à la face dorsale des articulations de ses doigts; que les douleurs et les bosselures disparurent entièrement après quelques mois; mais que déjà alors plusieurs de ses doigts ne pouvaient plus arriver à une extension complète. Le père de M. Chaine était atteint de la même infirmité.

M. M..., pharmacien à Marseille, âgé maintenant de 70 ans, étant occupé, il y a peut-être vingt ans, à placer les rideaux dans ses appartemens; l'échelle sur laquelle il était monté glissa sur le plancher, et, pour éviter la chute, M. M... s'accrocha des deux mains à la tringle; de là, probablement, contusion, entorse, puis une inflammation qui retint les doigts dans l'immobilité et la demi-flexion pendant quelque temps. Depuis cette époque, les trois derniers doigts des deux mains se sont rétractés peu à peu, et maintenant ils sont retenus dans cette direction vicieuse par des brides qui soulèvent la peau, et qu'on voit s'étendre de l'aponévrose palmaire au devant des deuxièmes phalanges. Les articulations des doigts rétractés sont d'ailleurs parfaitement saines et mobiles.

Au mois de septembre 1834, nous avions dans les salles de chirurgie de l'hôpital d'Aix, un vieillard de 78 ans, cultivateur, qui avait une forte rétraction de l'annulaire et du médius de la main droite, et de l'annulaire gauche, et chez lequel on comptait facilement les brides pré-digitales, dont on distinguait bien l'origine et la terminaison. Chez cet homme, la rétraction est survenue par suite de deux chutes successives, qui eurent pour résultat une entorse des articulations métacarpo-phalangienne des deux mains. Ces entorses firent souffrir cet homme pendant quelque temps, puis les articulations redevinrent parfaitement libres, et l'ont toujours été depuis; mais les doigts n'ont plus pu s'étendre complètement, et, depuis cette époque, la rétraction a fait des progrès continuels.

M. L... (1), cherchant à soulever une pièce de vin volumineuse, en plaçant la main gauche au-dessous du bord saillant formé par l'extrémité des douves, sentit un craquement et une légère douleur dans la partie interne de la paume de la main. Il y conserva pendant quelque temps de la sensibilité et de la raideur; mais peu à peu ces symptômes se dissipèrent, et l'accident était presque oublié, quand M. L... s'aperçut que l'annulaire tendait à se rétracter et à s'incliner vers la paume de la main. Cette infirmité ne s'accompagnant d'aucune douleur, fut négligée, et depuis cette époque elle n'avait jamais cessé de faire des progrès.

Un vieillard, dont a parlé Dupuytren (2), fut blessé dans la paume de la main par une pièce de bois. Ce ne fut que plusieurs années après qu'il s'aperçut que les doigts annulaire et médius de la main qui avait été blessée se rétractaient. La maladie fit ensuite beaucoup de progrès; sans doute, dans ce cas, il avait existé depuis l'époque de la blessure un principe de rétraction, auquel le vieillard ne fit attention que quand l'infirmité fut bien prononcée.

Les causes accidentelles de flexion des doigts que j'ai dit être causes déterminantes de la rétraction permanente ont une durée limitée; mais si, après qu'elles ont cessé d'agir, les fascicules cellulo-fibreux sous-cutanés sont assez raccourcis et assez forts pour s'opposer à l'extension complète des doigts, le principe de l'infirmité existe; il fait ensuite des progrès lents mais continuels Ces circonstances accidentelles ne sont pas toujours nécessaires au développement de la rétraction; ainsi, chez l'enfant âgé de six ans, que Dupuytren opéra en juillet 1832 (3), la rétraction était héréditaire et congénitale. La grand'mère de cet enfant avait aussi une rétraction congénitale des doigts.

Cette connaissance de l'étiologie de la rétraction permanente des doigts nous conduit à un traitement prophylactique rationnel de cette infirmité. Quand on aura affaire à une de ces affections qui peuvent déterminer la rétraction des doigts, on devra, dès que l'état de la partie malade le permettra, imprimer souvent aux doigts des mouvemens d'extension, et si alors on a déjà de la peine à mettre ces organes dans une extension complète, on pourra faire usage d'une machine propre à les fixer dans cette position.

Mais quand l'infirmité existe, comment parvient-on à la guérir? Oh! dans ces cas toutes les machines à extension seraient sans effet. Quand on a vu les cordons fibreux que j'ai décrits, on conçoit très-bien l'impuissance de tous les topiques et de tous les appareils d'orthomorphie. La section de ces brides peut seule permettre l'extension des doigts. Mais comment devra se faire cette opération?

Sir A. Cooper conseille (4) de glisser sous la peau, à

(1) Leçons orales de M. Dupuytren, tom. Ier, page 13.

(2) Même volume. p. 518.

(3) Gazette médicale, numéro du 16 octobre 1832, tom. III, page. 98.

(4) *Loco citato.*

côté du corps qui met obstacle à l'extension, un bistouri à lame étroite, avec lequel on va couper cette espèce de corde, sans diviser la peau qui la recouvre. De cette manière, on ne fait à la peau qu'une petite ponction.

Dupuytren conseilla et exécuta la section transversale des prétendues languettes aponévrotiques et de la peau qui les recouvrait.

Dans le mémoire que j'ai adressé à l'Académie, j'ai conseillé d'inciser la peau longitudinalement sur chaque bride préalablement tendue, d'écarter les lèvres de ces incisions, de les détacher des cordons fibreux par la dissection, et de couper en travers ces cordons ainsi isolés. Si les brides prédigitales envoient des prolongemens aux premières phalanges avant d'aller s'insérer aux secondes, on les coupera au-dessus et au-dessous de ces prolongemens. Si la section de ces cordons fibreux laisse dans la plaie des lambeaux flottans, on les excisera. Les doigts seront ensuite fixés dans une extension complète, et les incisions seront réunies par première intention.

Le procédé d'A. Cooper donne une plaie beaucoup moins étendue et moins grave que celui de Dupuytren et le mien; mais l'opération ne pourra s'exécuter de cette manière que quand la rétraction sera occasionée par une bride simple, non adhérente à la peau, qui ira du point d'origine au point d'insertion sans émettre dans son trajet aucune bride secondaire. Or ces cas simples sont fort rares, et dans les cas plus compliqués, où le procédé de Cooper ne suffit pas, je crois le mien préférable à celui de Dupuytren, parce que les incisions longitudinales, susceptibles de réunion immédiate, seront bien plus tôt guéries, et exposeront bien moins aux inflammations sous aponévrotiques de la main, aux exfoliations des gaînes et des tendons fléchisseurs, que les incisions transversales, qui devront nécessairement suppurer; parce qu'elles permettront bien plutôt d'imprimer aux doigts des mouvemens nécessaires pour conserver la mobilité et la souplesse de leurs articulations; parce que, enfin, elles ne laisseront après elles que des cicatrices linéaires, tandis que celles qui résulteraient des incisions transversales seraient larges et adhérentes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS.

ARCHIVES MÉDICALES DE STRASBOURG.

Observations sur les fractures du fémur chez les enfans, par Fr.-J. Beyber, D.-M.

Les auteurs qui ont traité des fractures du corps du fémur s'accordent à remarquer que l'action musculaire, moins énergique chez les enfans, rend la tendance au déplacement peu énergique; mais ils n'ont rien dit des autres difficultés que présente la contention des fragmens. Ces difficultés, dans le premier âge, tiennent à la forme particulière de la cuisse de l'enfant qui, au lieu d'être à peu près cylindrique comme chez l'adulte, ressemble beaucoup plus à un cône tronqué dont la hauteur dépasse à peine le diamètre de la base. Ce manque de cylindricité est encore augmenté par deux sillons transversaux qu'on remarque à la face interne, et qui font ressembler la cuisse à une portion de gros intestin soufflé.

M. Deyber fut appelé, il y a deux ans, près d'un petit garçon de 16 mois, que sa mère allaitait encore, et qui venait d'avoir le fémur gauche fracturé dans sa partie moyenne. La cuisse n'avait que 6 pouces de longueur depuis le grand trochanter jusqu'au genou. Son diamètre était de 4 pouces au niveau des parties génitales; un peu au-dessus des condyles il n'était plus que de deux pouces deux à trois lignes.

De là résulte d'abord un grand défaut de parallélisme entre les attelles qu'on veut appliquer. Si on leur donne peu de longueur, elles n'ont pas une prise suffisante sur les deux fragmens; et lorsqu'on cherche à les fixer avec une bande roulée, elles tendent à croiser obliquement la cuisse presque aussi large que longue. Si au contraire on les fait longues, dépassant le genou et même le pied, on a un levier trop long sujet à heurter à chaque instant contre le lit du petit malade. De plus la conicité de la cuisse tend toujours à faire glisser le bandage vers le genou et à laisser libre le fragment supérieur. Cet accident arrive surtout chez les enfans turbulens; et d'un autre côté, cette mobilité est presque une nécessité pour ces petits êtres, chez qui d'ailleurs il est presque impossible de distinguer les cris et les mouvemens de la méchanceté d'avec ceux de la crainte ou de la douleur. Ajoutez que le besoin de leur donner le sein ou de les nettoyer exige qu'on les soulève souvent de leur lit et qu'on leur fasse prendre diverses positions. C'est dans ces mouvemens surtout que des attelles trop longues deviennent fort gênantes.

Enfin une dernière cause qui provoque le déplacement de l'appareil, est la promptitude avec laquelle les enfans peuvent maigrir, dans le courant d'une nuit par exemple. Cette circonstance s'opposera toujours chez eux à l'emploi de l'appareil inamovible, qui deviendrait bientôt trop lâche et ne servirait plus à rien.

M. Deyber imagina d'abord de se servir d'attelles en carton un peu larges, incisées jusqu'à moitié de leur épaisseur et sur plusieurs lignes parallèlement à leur longueur. Elles formaient ainsi des espèces de gouttières flexibles dans le sens de leur largeur; la cuisse pouvait donc être parfaitement circonscrite, sans crainte que les attelles vinssent à la croiser. Pour mieux adapter ce moule à la forme de la partie, on l'avait un peu ramolli dans un mélange d'eau-de-vie et d'extrait de saturne; puis on l'avait enveloppé de bandes imbibées de blanc d'œuf battu. Mais les parens peu intelligens laissèrent imprégner ce bandage d'urine et d'autres ordures; et quand M. Deyber revit son malade quelques jours après, il trouva l'appareil mouillé, et même

transformé en un foyer d'infection dans lequel circulaient une foule de vers, dus probablement à des larves d'insectes cachées dans le carton qui avait servi à la confection des attelles.

Enfin, on sait combien les enfans sont sujets à des érosions dans le pli de l'aine et aux éruptions érythémateuses sur la peau des cuisses. Un suintement séreux s'y établit communément; et les applications de corps très-doux, tels que la poudre de lycopode, la céruse, le coton cardé, la charpie fine, etc., ne le font disparaître qu'avec beaucoup de difficulté. On conçoit qu'un appareil à demeure doit favoriser le développement de ces accidens, surtout avec la compression qu'il exerce; et si pour amoindrir l'effet de cette compression, on accumule les remplissages, si ensuite pour mettre l'appareil à l'abri de l'urine on le recouvre de toile cirée, on donne à la cuisse une épaisseur extrêmement gênante, dont le moindre inconvénient est d'obliger le malade à tenir les membres fortement écartés.

Voici, après divers essais, l'appareil auquel s'en tient M. Deyber, et qui déjà dans trois cas a répondu à son attente. C'est une espèce de demi-culotte ou de bas lacé en peau de chien chamoisée, semblable à ceux qu'on emploie pour comprimer les tumeurs et les ulcères variqueux des jambes. Entre la doublure de ce bas, il a fait coudre, à distances égales, quatre attelles de la longueur de la cuisse, en bois dur plutôt qu'en acier ou en baleine, ces dernières substances ayant l'inconvénient de se fléchir et de se déformer par l'action de la chaleur. Ces attelles sont convexes sur le plat pour avoir de la force, et amincies vers les bords, de manière à pouvoir les coudre par points piqués dans les deux feuillets du bas.

Le jarret, quoique fortement serré, ne l'est pas au point d'empêcher le mouvement de l'articulation, et l'on sait combien il importe de laisser aux enfans tous les mouvemens libres pour les empêcher de crier. L'œdème de la jambe est prévenu par un prolongement du bas qui l'enveloppe; et le bassin étant aussi entouré, aussi uniformément que le membre malade, l'appareil n'a aucune tendance à glisser en bas. Tout le corps du bandage fait peu de volume; on enveloppe donc facilement le tout avec du taffetas ciré pour le garantir de l'urine, et le petit malade n'a pas besoin de tenir les cuisses très-écartées.

Cet appareil, selon M. Deyber, remplit toutes les indications. La peau de chien est assez souple pour ne pas comprimer trop durement les parties molles; et l'auteur n'a pas vu survenir au-dessous les phlyctènes qu'on rencontre fréquemment sous les attelles matelassées avec des compresses ordinaires. Le seul reproche qu'il prévoit, c'est qu'il faut un appareil pour chaque malade, et que les mesures du membre devant être prises avec exactitude, on ne peut en confectionner à l'avance.

Nous avouerons, malgré les trois succès de M. Deyber, que nous ne voyons pas à son appareil une supériorité bien manifeste pour ce qui regarde ces deux inconvéniens, l'imbibition d'urine et le suintement séreux du pli inguinal. Il sera toujours nécessaire d'une part, de garnir convenablement la cuisse pour éviter les excoriations, d'autre part de recouvrir l'appareil d'une enveloppe imperméable, pour s'opposer au contact de l'urine et des matières fécales. Ces précautions prises, il nous semble que les attelles en carton, arrangées en gouttière, d'après le procédé de l'auteur même, et maintenues par une bande dont les tours supérieurs embrasseraient le bassin, pourraient suffire dans la plupart des cas; encore, quel que soit l'appareil employé, sera-t-on forcé presque toujours de le renouveler à courts intervalles, ainsi qu'on le fait à l'hôpital des Enfans de Paris.

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE, OU RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Contraction continue des muscles crémasters.

OBS. — Dans le courant de l'année dernière, François D..., demeurant aux environs de Bordeaux, âgé de 62 ans, se livrait à la copulation lorsqu'un choc violent eut lieu inopinément contre la porte. Le mouvement de surprise qu'il éprouva, la crainte d'être aperçu dans une situation semblable, mais plus que cela, l'interruption brusque de cet acte, toutes ces causes réunies déterminèrent aussitôt un tremblement convulsif dans tout son corps.

De vives douleurs se déclarèrent vers le bas-ventre et les aînes, et persistèrent malgré quelques petits moyens médicaux auxquels le malade eut recours. Lorsqu'il se présenta à la consultation au bout de cinq mois, les testicules étaient très-douloureux au toucher le plus délicat; on les voyait tirés et soutenus en haut vers l'arcade pubienne, laissant vide la poche du scrotum. De plus, ils étaient appliqués fortement contre cette arcade du pubis, et au-devant de l'anneau inguinal, dans lequel ils semblaient sur le point de s'engager. La douleur qui résultait de cette pression contre les parties osseuses était assez forte pour que le malade fût obligé de marcher constamment à demi-courbé.

Traitement. On prescrit, à François D., des demi-bains émolliens long-temps et assiduement continués; des cataplasmes émolliens sur les régions douloureuses, des applications répétées de sangsues sur le trajet du canal inguinal de deux côtés, et enfin des frictions sur ces mêmes parties avec un liniment ou l'extrait de belladone.

Au bout de deux mois de traitement la guérison était entière. La contraction comme tétanique des muscles crémasters avait cessé, et les testicules avaient repris leur place dans le fond du scrotum.

Recherches sur la quantité de quinquina nécessaire pour décomposer des proportions données d'émétique; par J. FAURE, pharmacien.

L'action qu'exerce le quinquina sur l'émétique, connue depuis long-temps, semble à M. Faure avoir été

étudiée plutôt sous le rapport chimique que sous le point de vue médical; cependant l'opinion de Berthollet, qui signala le quinquina comme le véritable antidote de l'émétique, a été généralement adoptée, bien que l'on n'ait pas défini exactement les proportions de quinquina nécessaires pour décomposer complétement l'émétique, ni déterminé l'influence du calorique et du contact prolongé sur leur mélange, afin d'en rendre les effets réguliers et constans.

M. Faure, dans les expériences dont nous allons donner l'analyse a employé le quinquina en poudre, en *infusion* et en *décoction*, et il a préféré le quinquina calisaya comme étant le plus usité, en raison de ce qu'il contient plus de quinquina que les autres espèces.

1° *Quinquina en poudre.* 64 grammes de poudre de quinquina ont été divisés en huit flacons avec 64 grammes d'eau distillée, et dans chacun des flacons on a ajouté 1 grain d'émétique, en augmentant successivement de demi-grain par flacon, jusqu'au huitième qui en reçut 4 grains et demi. Les huit flacons furent placés et maintenus à une chaleur de 40 degrés. Après une demi-heure de digestion, la liqueur contenue dans les trois premiers flacons, filtrée et traitée par un excès d'acide hydro-sulfurique, n'a point changé de couleur. Celle contenue dans les autres flacons présenta aussi, mais plus tard, les mêmes résultats, à l'exception cependant de celle du huitième (contenant 4 grains et demi d'émétique), qui, au bout de trois jours, fournissait encore un précipité par l'acide hydro-sulfurique.

Infusion de quina. Les mêmes opérations, pratiquées avec l'infusion de quina, ont démontré que 8 grammes de quinquina pris en infusion, décomposent un grain seulement d'émétique.

Décoctions de quinquina. Les mêmes opérations, pratiquées avec les décoctions de quinquina, ont démontré que sous cette forme le quinquina décompose en moins de temps une plus grande quantité d'émétique que le quinquina en infusion et même en poudre; car en quelques instans huit grammes de quina épuré par des décoctions, ont décomposé trois grains d'émétique, tandis que la même quantité de quinquina par l'infusion n'en a décomposé qu'un seul grain, et en poudre deux grains seulement.

M. Faure conclut de ces expériences qu'il est plus avantageux d'administrer la décoction de quinquina, que l'infusion ou la poudre elle-même dans les premiers secours à employer pour arrêter les effets de l'émétique donné à trop haute dose.

Observation de suspension instantanée et souvent réitérée de l'action cérébrale; par M. Guillemot fils, D.-M. P. à Saint-Privas.

Nous trouvons sous ce titre l'historique d'une maladie fort remarquable par sa gravité apparente, par l'insuccès de divers traitemens qui semblaient bien indiqués, et enfin par la facilité avec laquelle elle a cédé lorsqu'on a employé celui que réclamait réellement l'état du malade. La lecture attentive de cette observation nous porte à croire qu'on peut la ranger parmi les cas qui ont été décrits par le docteur Griffin sous le titre d'irritation de la moelle épinière, et dont il a été question dans le numéro 18 (an 1835) de la Gazette médicale.

Obs. — E. B., ancien militaire, âgé de 53 ans, d'un tempérament lymphatique, avait joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'an dernier. Il y a cinq ans qu'il fut obligé, à cause de la faiblesse de sa vue, d'abandonner l'état de tailleur pour se faire directeur de terrassiers. Exposé par ce nouvel état à toutes les injures du temps, il contracta plusieurs catarrhes qui furent combattus par le traitement antiphlogistique. Le 30 mars 1834, ayant quatre lieues à faire pour revenir chez lui, il en avait à peine parcouru la moitié lorsqu'il tomba sans connaissance. Cet état dura trois ou quatre minutes; les personnes qui l'accompagnaient le relevèrent, il reprit ses sens et put continuer sa route, mais non sans éprouver vingt attaques absolument semblables à la première, et pendant lesquelles il tombait constamment sur le côté droit sans mouvement convulsif de la face et des membres. Le lendemain, il reprit son travail et le continua pendant dix-huit jours; à cette époque, il eut encore plusieurs attaques, mais dans lesquelles il avait le temps de s'asseoir et ne perdit pas connaissance. Deux saignées lui sont pratiquées et huit jours se passent sans nouvelles attaques; le malade éprouvait un tournement de tête et des bourdonnemens dans les oreilles. Deux nouvelles saignées lui sont pratiquées et, dès le lendemain, il se plaignait de violentes douleurs dans le ventre, et il eut plusieurs selles copieuses dans lesquelles il rendit une grande quantité de vers. Un purgatif et un vomitif lui furent alors administrés et les attaques devinrent encore beaucoup plus fréquentes. (50 ou 60 par jour.)

Ce fut à cette époque que M. Guillemot vit le malade. Il présentait alors un léger mouvement fébrile; la langue était légèrement rouge à la pointe et sur ses bords; la pression occasionait une légère douleur à la région épigastrique; le ventre était légèrement distendu par des gaz; une tumeur que le malade portait au sein droit s'y trouvait depuis le bas-âge, sans avoir ni augmenté ni diminué. Pendant que M. Guillemot faisait son examen, le malade eut plusieurs attaques durant lesquelles sa figure se colorait en rouge, les battemens du cœur étaient accélérés et il se plaignait de voir les mêmes objets se reproduire cinq et six fois, et une légère chaleur se manifestait dans l'estomac. Au bout d'une minute tous ces symptômes disparaissaient. Quelques sangsues furent appliquées d'abord sur le ventre et l'estomac avec des cataplasmes; les lavemens émolliens, la diète.

A l'aide de cette médication, la douleur d'estomac disparut avec la rougeur de la langue et la tension de l'abdomen; malgré cela les attaques ne diminuèrent nullement. Des antispasmodiques furent administrés inutilement ainsi que des vésicatoires aux jambes, des sinapismes aux pieds et des lavemens irritans. Un large vésicatoire fut appliqué à la nuque; deux jours après

les attaques étaient sensiblement diminuées. D'après ce succès le vésicatoire fut remplacé par un séton posé dans le même endroit, et depuis cette époque, le malade a toujours été de mieux en mieux. Aujourd'hui, 8 mars 1835, il se promène tranquillement et va dans peu reprendre ses occupations.

RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

Aménorrhée combattue avec succès par des sinapismes appliqués sur les mamelles, chez une jeune fille sujette depuis trois ans à des attaques de paralysie partielle du mouvement; par M. Hulin-Origet, secrétaire-adjoint de la Société Médicale.

Le nombre des faits analogues à celui que nous allons analyser est déjà assez considérable pour qu'il ne puisse rester aucun doute sur l'efficacité de ces moyens employés déjà dans quelques cas; maintenant que cette efficacité est mise hors de doute, il reste à constater quels sont les cas où on peut employer cette médication avec quelque espoir de succès, et au contraire quels sont ceux où elle est contre-indiquée; car on ne peut pas s'attendre à ce qu'elle réussisse constamment. En attendant que de nouveaux faits viennent éclairer ce point important de discussion, nous allons joindre celui-ci à ceux déjà connus.

Obs. — Joséphine B..., âgée de 15 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, n'a été réglée que trois fois depuis l'âge de 11 ans. Au printemps de 1832, à la suite de chagrins profonds et de frayeurs vives, elle fut prise d'abord de mouvemens convulsifs dans les bras et les poignets. Quelques jours après, elle perdit la faculté de remuer son bras gauche, et elle acquit dans ce membre une sensibilité portée à un haut degré et qui persista pendant deux mois, malgré l'usage des boissons antispasmodiques et des frictions camphrées.

Trois mois après, les deux jambes se paralysèrent successivement, ce qui dura encore deux mois et demi et ne céda qu'à l'application de sangsues aux cuisses et aux frictions pratiquées sur les jambes avec le liniment ammoniacal.

En avril 1833, nouvelle attaque de paralysie des jambes, qui diminuait lorsque la malade avait éprouvé des vomissemens de sang, qui survenaient en petite quantité.

Au commencement de 1835, elle est prise d'une angine tonsillaire extrêmement intense, puis paralysie de la jambe gauche et douleur intolérable sur le trajet du nerf sciatique de la jambe droite. Une saignée procure du soulagement, mais non une guérison complète. Elle était dans cet état le 22 février, lorsque, dit le rapporteur, je tâchai de rappeler les règles par l'irritation des mamelles, en employant la méthode proposée par le docteur Mondière.

Deux cataplasmes préparés avec 5 onces de farine de moutarde, furent appliqués sur les côtés externes et supérieurs des mamelles. Les douleurs vives qui se faisaient sentir au bout de 15 à 20 minutes forcèrent à enlever ces topiques. On trouva la peau rouge et très-sensible au toucher. Dès le lendemain, J. B... avait des pertes très-considérables en blanc. Le troisième jour, la menstruation se faisait très-abondamment, et a ainsi continué pendant sept jours au lieu de quatre, comme dans les mois d'août et de septembre.

Aujourd'hui, 3 avril, la malade jouit d'une bonne santé et marche librement. On observe que les seins se sont développés et que le corps entier s'est accru d'une manière remarquable depuis le retour de la menstruation. Nous pensons, dit le rapporteur de cette observation, que cette révolution salutaire a été hâtée par l'augmentation de l'activité vitale de l'utérus, augmentation due à l'irritation artificielle des mamelles.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Angers, 25 juillet 1835.

RÉPONSE DE M. MIRAULT D'ANGERS A M. MAYOR DE LAUSANNE.

Monsieur le rédacteur,

Je n'ai point trouvé étrange que M. Mayor ait critiqué mon travail sur la ligature de la langue. Je sais que, quand on se met en face du public, il faut accepter de bonne grâce le jugement qu'il lui plaît de porter sur nos œuvres; mais ce dont j'ai eu le droit de me plaindre, c'est d'avoir été en quelque sorte mis au ban de la chirurgie française et étrangère pour m'y voir traiter de téméraire, de barbare, d'ignorant, de présomptueux. Ces formes inaccoutumées de la polémique en matière de science, n'avaient excité en moi que du dégoût, et j'eusse dédaigné de répondre, si, pressé par des hommes recommandables qui me manifestaient leur indignation, et par respect pour ceux qui avaient sanctionné par leurs éloges mon entreprise hardie, je n'avais dû céder à d'autres considérations.

On s'aperçoit facilement, dans la dernière lettre que vous a adressée M. Mayor (Gazette médicale, 18 juillet 1835), qu'il a senti lui-même l'inconvénance de son style, et qu'il cherche à en atténuer l'effet surtout en ce qui concerne l'Académie de médecine. Mais ce chirurgien, si ardent à se jeter dans des routes nouvelles, aura de la peine à persuader à ses confrères que l'amour du progrès seul l'a poussé dans cette voie malencontreuse. C'était un grand crime à moi, il faut l'avouer, de n'avoir pas mentionné dans mon mémoire, parmi d'autres citations, l'opération pratiquée à l'hôpital de la Pitié, en 1826, sur M. Thiébault, avocat; mais M. Mayor se serait montré plus indulgent à mon égard, s'il avait remarqué que je n'avais à m'occuper que des exemples d'extirpation de la langue dans toute sa largeur, et non d'ablations partielles ou de la moitié de cet or-

gane, comme cela a eu lieu dans l'observation précitée.

Je répète que le procédé de M. Mayor n'était point applicable à la jeune Cesbron. M. le professeur Velpeau, dont il invoque le suffrage, restreint son emploi aux cas où il s'agit de détruire une *moitié de la langue*, et dit qu'on doit préférer le procédé de Home quand il devient nécessaire d'enlever cet *organe tout entier*. voilà ce que M. Velpeau écrivait en 1832, époque de la publication de ses Nouveaux élémens de médecine opératoire. Depuis, dans la discussion qui a eu lieu au sein de l'Académie, il a exprimé formellement l'opinion que mon procédé opératoire était le meilleur de tous pour l'ablation totale de la langue.

M. Mayor a pris le soin, dans sa lettre, de formuler les points litigieux touchant lesquels les médecins doivent prononcer entre nous, et de poser des questions dont il m'abandonnerait volontiers, dit-il, la solution. Je remercie mon honorable confrère de l'hommage qu'il rend à ma bonne foi autant qu'à l'excellence de sa cause; mais ces questions ont été épuisées, à mon avis dans nos deux premières lettres, et ce serait abuser de la patience de vos lecteurs, dont l'opinion doit être formée, que de revenir sur ce sujet. J'en excepterai une seule ainsi conçue: « Si l'incision du frein (de la » langue) était jugée convenable pour faciliter le pla- » cement du lien, et s'il en résultait une hémorrhagie, » celle-ci ne cesserait-elle pas sur-le-champ par le fait » même de la constriction? » Non, puisque la ligature placée dans l'incision elle même serait nécessairement au-dessous du bout cardiaque des vaisseaux qu'on aurait lésés. Si les autres questions ressemblaient à celle-là, ne serait-ce pas le cas de s'écrier que les hommes de génie ont parfois des distractions qui leur dérobent ce qui tombe sous le plus simple bon sens?

M. Mayor vous a dit, M. le rédacteur, que les praticiens qui nous jugeront « glisseront sur mes formes peut-être un peu rudes et sur ma susceptibilité; » c'est possible; cependant, dans cette affaire, sérieuse en apparence, il y avait quelque chose de fort plaisant et qui a dû faire sourire vos lecteurs, c'était de voir un docteur qui ne fait pas encore autorité dans la science médicale, se poser en face de l'Académie pour la régenter comme un pédant le pourrait faire vis-à-vis de ses écoliers; mais M. Mayor s'est empressé depuis de reconnaître ses torts, et l'Académie est trop au-dessus de pareilles boutades pour en conserver le souvenir.

Je n'ai plus qu'un mot à dire. M. Mayor « *soupçonne fort que l'attaque de M. Mirault va mettre son procédé encore mieux en réputation.* » Jusque ici, j'avais cru que c'était moi qui avait été attaqué par le chirurgien de Lausanne. Je retourne l'argument et je demande à mon critique: est-ce pour faire connaître votre procédé que vous m'avez cherché querelle?... Grand merci! mais, dans ce cas, c'est un singulier moyen, et vous auriez pu vous adresser mieux qu'à un chirurgien de province dont le nom est fort peu connu; votre affaire, n'en doutez pas, aurait fait beaucoup plus de bruit.

Néanmoins je ne refuserai point à l'avenir, si l'occasion se présente, d'entrer en discussion avec M. Mayor. Si je n'ai pas gain de cause avec lui, j'aurai au moins l'avantage (je me plais à le reconnaître), d'y puiser de l'instruction, et je saurai gré à mon confrère de Lausanne de me mettre à même de rectifier mes erreurs lorsque j'en commettrai, pourvu que ce soit avec politesse et urbanité.

G. Mirault, D.-M.

Hydrophobie déclarée trois mois et onze jours après la morsure; par M. Mopinot, chirurgien à Fismes (Marne).

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous adresser une observation relative à un cas d'hydrophobie après trois mois et onze jours de contagion.

Voici le fait.

Obs. — La nuit du 1er janvier dernier (1835), le nommé Victor Legras, valet de charrue à Romain, âgé de 19 ans, était couché dans une écurie, lorsqu'il se sentit assailli par un chat qui se cramponna après lui. Ne pouvant se débarrasser de cet animal furieux, Legras se lève, le saisit et le porte pour le noyer dans une auge plein d'eau. Le chat se relève, se lance de nouveau sur Legras, s'attache à ses jambes, à ses cuisses, et l'aurait infailliblement lacéré, si le maître et les domestiques, éveillés par les cris de Legras, n'étaient venus à son secours. Ils parvinrent à assommer la bête furieuse. Les plaies de Legras furent lotionnées avec de l'eau et du sel.

Depuis cette époque jusqu'au 11 avril, Legras avait vaqué à ses travaux habituels; mais il était triste, mélancolique; il évitait ses camarades, aimait la solitude, l'obscurité, et mangeait beaucoup moins que de coutume.

Le samedi 11 avril, Legras reste dans son lit malgré les sollicitations de son maître, il y passe toute la journée sans manger ni boire; il avait de temps en temps des convulsions. Le dimanche il se lève pour aller chez son père, à un quart de lieue de là, se couche en arrivant, ne veut voir personne. On l'entend crier, se débattre le jour et la nuit. Il retourne chez son maître sans avoir rien pris chez son père; il se couche en arrivant, ne se lève que le mardi pour retourner chez son père, où son maître l'avait renvoyé.

Le mercredi 15, au matin, je fus appelé pour le voir. En entrant dans sa chambre, il me cria d'une voix rauque et forte: « Retirez-vous, retirez-vous! » Il était dans un état d'agitation effrayant; ses yeux hagards, étincelans, paraissaient vouloir sortir de leur orbite; il se frappait la tête contre son lit, et portait à chaque instant la main à sa gorge. Lorsque l'accès fut passé, je lui parlai avec douceur; je lui fis des questions sur les causes présumées da sa maladie. (Son maître et ses

parens, *après trois mois et onze jours*, étaient bien loin de penser à la rage.) Mais, comme je me doutais que j'avais affaire à un hydrophobe, je lui demandai s'il n'avait pas été mordu par un chien : sa réponse fut négative. Poursuivant mes questions, je lui demandai s'il n'avait pas été mordu par un *chat*. Au mot de *chat*, Legras tomba dans un accès des plus violens, et qui m'effraya. Le calme revint, et le malade me raconta lui-même ce qui lui était arrivé le 1er janvier. Sa narration fut deux ou trois fois interrompue par des accès de convulsions. Lorsque je lui parlais de boire, il refusait et éprouvait une vive agitation; lorsque je lui en présentais, c'était pis encore ; il chassait par ses cris et ses gestes toutes les personnes qui se présentaient pour le voir, et même ses parens.

Après lui avoir tiré, non sans peine, 18 onces environ de sang, je voulus essayer de lui mettre un miroir sous les yeux, afin qu'il examinât lui-même s'il était fort changé. Je lui eus à peine présenté ce miroir, qu'il le rejeta avec violence, en criant: *Je le vois, le maudit chat, je le vois!* Je voulus de nouveau employer le miroir; il me fut impossible d'obtenir cela du malade.

Legras passa toute la journée dans des accès plus ou moins rapprochés, et ne voulant rien prendre.

Il succomba dans la nuit suivante.

J'ai cru devoir, monsieur, vous communiquer cette observation détaillée, surtout à cause de l'espace de temps qui a duré depuis la contagion jusqu'au moment où la maladie s'est annoncée, et la sécurité dans laquelle étaient les parens et le maître du jeune homme, qui ne se doutaient pas que sa maladie fût la rage. Tous les chats du hameau ont été détruits depuis; le chat qui avait mordu Legras s'étant battu avec d'autres chats avant le 1er janvier.

J'ai l'honneur d'être, etc.,

MOPINOT, *chirurgien.*

N° 32. — 8 AOUT.

PATHOLOGIE EXTERNE.

Mémoire sur la cause et le mécanisme de l'abaissement de la hanche dans la coxalgie et autres affections des membres inférieurs; par M. BOINET, de Saumur, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Au commencement de cette année, M. Sanson, dans le cours de ses leçons cliniques sur la luxation spontanée, a plusieurs fois appelé notre attention sur un phénomène qu'on rencontre assez fréquemment dans cette maladie, et qui n'a été signalé, au moins que je sache, par aucun des chirurgiens français qui ont écrit sur la maladie de l'articulation coxo-fémorale; c'est la disposition vicieuse du bassin, qui est altérée de telle manière que l'un des deux os de la hanche, tantôt celui du côté où siége la maladie, et c'est le cas le plus commun, tantôt celui du côté opposé à la maladie, est abaissé et placé au-dessous du niveau de l'autre, ce qui donne au membre qui lui correspond une apparence de longueur qu'il n'a pas. Cette différence de niveau entre les deux épines iliaques est quelquefois si grande, qu'elle peut aller jusqu'à deux pouces, ainsi que le constate un fait que nous allons rapporter. C'est dans la coxalgie surtout qu'on rencontre le plus souvent cette déformation du bassin, et déjà quelques chirurgiens étrangers l'avaient observée dans ce cas; mais on peut la rencontrer encore dans beaucoup d'autres circonstances où l'articulation ilio-fémorale n'est pas malade. C'est ainsi qu'on peut l'observer dans certains cas où, par une cause quelconque, les malades ont boité pendant long-temps. A l'appui de cette proposition, je rapporterai des observations qui prouveront que cette apparence de l'alongement du membre n'est pas un symptôme qui appartienne exclusivement à la maladie de l'articulation coxo-fémorale. On croirait peut-être, et on y serait autorisé d'après le silence des pathologistes, que ce symptôme se rencontre bien rarement, puisqu'il n'a pas été indiqué; c'est faute d'une observation attentive, sans doute; car depuis que j'ai fixé mon attention sur ce point, je l'ai rencontré dans tous les cas que j'ai vus à l'Hôtel-Dieu dans les différens services de chirurgie, et ces cas sont assez nombreux; d'ailleurs, ce symptôme n'eût-il été vu qu'une seule fois, ce ne serait pas une raison pour le taire, attendu qu'il peut être d'une importance majeure pour éclairer le diagnostic de la coxalgie dans sa première période, et empêcher qu'on ne la confonde, ou avec une inclinaison latérale de la colonne vertébrale, par exemple, ou avec une maladie qui aurait son siége dans l'une des symphyses sacro-iliaques et dans les parties molles voisines, ou avec un abcès, un rhumatisme, etc., ou toute autre lésion d'un membre inférieur capable de produire une claudication de longue durée. Avant d'examiner la cause et le mécanisme de cet abaissement de la hanche, citons quelques observations qui prouvent que ce symptôme peut avoir lieu et dans la coxalgie, et dans d'autres cas où l'articulation de la hanche est exempte d'altération. Dans la maladie de l'articulation ilio-sacrée, Boyer dit qu'il peut y avoir alongement d'un membre; mais alors, écrit cet auteur, la distance du grand trochanter à la crête de l'os des îles est la même des deux côtés. D'après cette déclaration, il est probable que dans cet alongement il y avait déviation de la colonne vertébrale plutôt que lésion de l'articulation ilio-sacrée, qui d'ailleurs pourrait produire aussi cet abaissement de la hanche, mais plutôt par suite de l'inclinaison de la colonne vertébrale qu'à cause de l'altération de cette articulation qu'on ne connaît pas bien, et qui n'a été décrite par personne (1).

---

(1) Depuis que ce mémoire est écrit, nous avons appris que notre collègue M. Nelaton avait fait des recherches sur ce sujet, et qu'il possédait plusieurs observations remarquables qu'il se propose de publier.

Abcès scrophuleux à la cuisse gauche, au-dessous du grand trochanter, suivis de déviation de la colonne vertébrale, et de déformation du bassin caractérisée par l'abaissement de l'os iliaque et l'alongement du membre inférieur gauche.

Obs. I. — Le 13 mai 1835 a été couché au n° 1 de la salle Sainte-Jeanne (Hôtel-Dieu), le nommé Coulon (Théophile), âgé de 17 ans, jardinier, de taille moyenne, cheveux noirs, teint bruni par l'exposition au grand air, né de parens sains et se portant bien lui-même; il a sept frères qui se portent très-bien, sont très-forts et très-vigoureux. Il demeure à la Chapelle St.-Denis, grand'rue, n. 93, où il est venu au monde et a été élevé : son cou est encore le siége de quelques ganglions engorgés, dernières traces de la constitution scrophuleuse qu'il a eue dans son enfance (c'est le scrophuleux de campagne de M. Alibert). A l'âge de 11 à 12 ans, Coulon est resté malade pendant huit mois pour un abcès au bras droit, dont la suppuration a été abondante et pendant laquelle plusieurs portions d'os ont été éliminées; les traces d'une cicatrice large, enfoncée, existent encore à la partie interne du bras, au niveau de l'insertion du deltoïde; le bras et l'épaule de ce côté sont moins volumineux que les mêmes parties du côté opposé; les muscles, comme le deltoïde, le coraco-brachial, le biceps, le grand dorsal, etc., sont minces, aplatis, atrophiés, adhérens aux os; l'omoplate a aussi participé à la maladie et a souffert un arrêt de développement; elle est moins étendue que celle du côté gauche, dont la force est plus grande aussi, ce qui cependant ne l'empêche en aucune façon d'exécuter les pénibles travaux de son état. Sa nourriture a toujours été très-bonne; il mange fréquemment de la viande et boit ordinairement du vin; il couche dans un endroit bas, humide, froid, peu éclairé; il a continuellement les pieds nus sur la terre et dans l'eau; depuis 5 années qu'il est jardinier, lorsque la belle saison est arrivée, il se couche sur la terre dans le courant de la journée. Il y a environ deux ans qu'il ressentit en travaillant, dans l'aîne et dans toute la cuisse, une douleur qui fut d'abord peu de chose et qui augmenta graduellement; elle ne l'empêchait pas de travailler, mais le faisait boîter; et il ne s'appuyait sur son membre malade qu'avec précaution; plus tard cette douleur fut accompagnée d'un gonflement au niveau du grand trochanter, et enfin un abcès se forma et s'ouvrit dans cette région. Coulon resta en repos pendant quinze jours, allant et venant toujours un peu; après ce temps la douleur ayant augmenté avec la suppuration qui devenait de plus en plus abondante, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dupuytren, d'où il sortit après deux mois et demi, guéri de son abcès coxo-fémoral; pendant tout ce temps les mouvemens de l'articulation coxo-fémorale avaient toujours été possibles, un traitement anti-scrophuleux lui avait été administré, et on avait mis seulement des cataplasmes et de la charpie sur sa plaie. Au dire du malade, ce fut lors de son admission à l'Hôtel-Dieu qu'il s'aperçut que sa jambe gauche était plus longue que la droite; depuis lors l'élongation a persisté et il est resté boiteux. Il y a environ six semaines, le 13 mai 1835, il entra de nouveau à l'Hôtel-Dieu, à cause d'une douleur qu'il éprouvait depuis deux mois environ, dans la région trochantérienne et les parties environnantes, celles qui autrefois avaient été le siége de la maladie; cette douleur, sensible surtout au toucher et au moindre choc, était accompagnée de gonflement, d'empâtement, qui occupait toute la partie externe et supérieure de la cuisse et s'étendait jusque dans l'aîne. Il ne pouvait plus ni marcher ni travailler. Coulon boite en marchant et fait porter à la jambe droite tout le poids de son corps, pour éviter les douleurs qu'il éprouve lorsqu'il s'appuie sur la jambe gauche. Au niveau du grand trochanter qui est gonflé, ainsi que les parties qui le recouvrent, existe un empâtement considérable et une douleur qu'augmente la moindre pression; les ganglions de la région inguinale sont assez développés, les mouvemens de rotation et de flexion de la cuisse sont conservés presque en totalité et sont très-douloureux. Si l'on fait coucher le malade sur le dos, on remarque que la malléole interne, le condyle interne du fémur, le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure de l'os des îles, le rebord supérieur de cet os, ses épines iliaques postérieures et la tubérosité sciatique, le pli de la fesse qui est presque effacé, tandis que celle-ci est large, affaissée, alongée; on remarque, dis-je, que toutes ces parties du côté gauche sont d'un bon pouce plus abaissées que les mêmes parties du côté droit, ce qui donne au membre inférieur gauche une longueur plus grande d'un pouce qu'à celui du côté opposé. On note en même temps que l'espace compris entre la malléole interne et la rotule, entre la rotule et l'épine iliaque antérieure, est le même à gauche et à droite, ainsi qu'entre le grand trochanter et l'épine iliaque supérieure et inférieure; d'où l'on peut conclure déjà que cette élongation de la jambe gauche ne tient pas à la sortie de la tête du fémur de la cavité cotyloïde; de plus si l'on mène un fil verticalement qui représente l'axe du corps, et un autre d'une épine iliaque à l'autre et qui croise le premier; au premier coup-d'œil il est facile de constater que les deux fils ne tombent pas perpendiculairement l'un sur l'autre, et qu'au lieu de former des angles droits, ils forment à gauche un angle plus ouvert qu'à droite; ce qui tient à la différence de hauteur des épines iliaques qui ne sont pas sur la même ligne transversale. Si on porte des mesures de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire, du grand trochanter à la même apophyse, du grand trochanter enfin à l'épine sciatique, on trouve toujours du côté malade un espace plus considérable d'un pouce que de l'autre côté. Il en est de même de l'espace compris entre le rebord des côtes ou la base de la poitrine et l'os innominé. Si enfin l'on examine le malade, le bassin fléchi sur les cuisses et les bras portés en avant, on voit que l'épine dans sa région lombaire est inclinée de droite à gauche et de

haut en bas; dans cette position on voit encore la différence qu'il y a entre les deux parties latérales et postérieures du tronc; du côté droit apparaît une large depression, tandis que c'est tout le contraire du côté gauche qui est bombé. L'épaule droite est plus élevée que la gauche, et tout le corps est contourné.

Nous avons encore remarqué, le malade étant couché sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin que le genou droit est un peu plus élevé que le gauche, que les deux malléoles se correspondent à peu près, et que les deux pieds se trouvent sur un même plan.

Pendant les six semaines qu'il est resté dans le service, des sangsues au nombre de 7 ou 8 tous les deux jours, 6 ou 7 fois des ventouses scarifiées, des vésicatoires volans 7 ou 8 fois, et des cataplasmes de farine de graine de lin, sont les moyens qu'on a mis en usage et qui ont fait disparaître cette douleur qui le gênait si fortement qu'il ne pouvait plus marcher; aujourd'hui, à cela près de l'abaissement de la hanche et de l'alongement du membre gauche, il se porte très-bien, et tous les mouvemens dans la cavité cotyloïde se font sans faire éprouver la moindre douleur au malade; la saillie trochantérienne, siége de la maladie, reste gonflée, d'un volume double de celui qu'elle a ordinairement, et insensible à toutes les pressions qu'on peut exercer sur elle.

Coxalgie avec abaissement considérable de la hanche du côté ou siége la maladie; inclinaison de la colonne vertébrale.

Obs. II. — Dans le courant du mois de décembre 1834, a été couché au n° 18 de la salle Sainte-Jeanne, le nommé Bayot (Alexandre), journalier, âgé de 18 ans, d'une constitution détériorée, lymphatique, ayant la peau fine, les cheveux noirs. Cet homme, habitant ordinairement la campagne, a toujours été bien portant, n'a jamais eu de glandes engorgées au cou. Au mois d'avril 1834, il éprouva dans la hanche gauche, sans cause connue, une douleur sourde qui le faisait boiter, et qui alla toujours en augmentant. Pendant cinq mois encore il continua à travailler, mais avec moins d'ardeur et moins long-temps qu'il n'avait coutume de le faire, car il se fatiguait promptement; sa hanche devenait le siége de douleurs très-vives, qui le forçaient de temps en temps à rester au lit, où elles disparaissaient le plus souvent. Bayot se croyant guéri ou se trouvant mieux, retournait à l'ouvrage; l'articulation ilio-fémorale n'était le siége d'aucun gonflement, d'aucune déformation appréciables; seulement les ganglions de l'aîne s'étaient engorgés; il dit aussi avoir éprouvé à la même époque des douleurs dans la région lombaire, qui durèrent peu, et qu'il attribue à la fatigue qu'il ressentait lorsqu'il restait long-temps débout. Comme son mal augmentait, que la douleur de la hanche devenait plus forte et plus constante, il vint à Paris consulter un médecin. Celui-ci lui ordonna des bains, des sangsues, des vésicatoires, et le repos. Un seul bain fut pris, trente sangsues furent appliquées, et cinq vésicatoires volans se succédèrent dans l'espace de trois semaines. Pendant ce temps Bayot suspendit son travail, garda la position horizontale; et, sous l'influence de ces moyens, les douleurs diminuèrent considérablement, et les ganglions de l'aine revinrent à leur état ordinaire; mais nonobstant la grande amélioration survenue, il ne cessa pas un instant de boiter. Se trouvant beaucoup mieux, et dans l'ignorance des résultats fâcheux qu'il y avait pour lui à retourner trop promptement au travail, il prit part aux travaux de la moisson, sans s'épargner plus que les autres. Mais au bout de quelques semaines, il était aussi malade qu'il l'avait été avant son traitement. Il s'aperçut alors que la jambe du côté malade était plus longue que l'autre; il continua encore à marcher et à travailler de temps en temps. Dans les derniers jours de novembre, après avoir parcouru un espace de trois à quatre lieues, il fut pris au milieu de sa route d'une douleur très-forte dans la fesse et dans la partie postérieure de la cuisse; l'articulation coxo-fémorale devint plus raide, et ce n'était qu'à peine et douloureusement qu'il soulevait son membre gauche qui était déjà d'un pouce plus long que l'autre. Il se rendit chez lui non sans beaucoup de peine, et continua à aller et venir. Les choses étaient dans cet état lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu le 30 décembre 1834. Le malade couché sur le dos, dans la direction d'une ligne verticale, si l'on compare les deux membres inférieurs, on trouve le gauche plus long que le droit de deux pouces; mais cette longueur ne dépend pas entièrement de la sortie de la tête du fémur de la cavité cotyloïde; car si l'on mesure les deux membres entre eux à partir de la malléole interne à l'épine iliaque antérieure, on trouve que la différence entre les deux membres n'est que d'un pouce; on s'assure aussi, à la simple inspection, que la hanche gauche est plus abaissée d'un pouce que la droite, ce qui est confirmé par les mesures suivantes. D'une épine iliaque à l'autre on mène un fil, sur celui-ci on en abaisse un autre, en suivant la ligne médiane du corps, de façon que les deux fils doivent se croiser à angle droit. Si les deux épines iliaques étaient sur une même ligne, ce fil que l'on mène de l'une à l'autre devrait former des angles droits avec celui qu'on a abaissé, ce qui n'a pas lieu, puisque la hanche gauche est plus basse que la droite d'un pouce; en sorte que l'angle que forment les fils en se croisant est plus ouvert à gauche qu'à droite; on remarque qu'il y a une obliquité sensible du bassin. Le pli de la fesse gauche qui est alongée, aplatie, large, est d'un pouce plus bas que celui de la fesse droite, qui est dure, saillante, la colonne vertébrale est légèrement contournée et inclinée à gauche; l'épaule droite est plus haute que la gauche, et l'angle inférieur de l'omoplate est soulevé et rapproché de la gouttière vertébrale; le côté droit est déprimé, enfoncé depuis l'omoplate jusqu'à la hanche; le côté gauche paraît saillant, bombé; la dépression qui existe ordinairement en arrière et un peu au-dessous du grand trochanter n'existe plus du côté gauche. Les mouvemens de l'articulation de la

hanche sont presque impossibles, très-douloureux; le plus petit mouvement produit des douleurs intolérables. Des ventouses scarifiées, des sangsues appliquées en petit nombre et tous les deux jours, des vésicatoires volans, des moxas qu'on laisse suppurer, ont été les moyens que M. Sanson a mis en usage pendant les premiers mois. La douleur était par fois si vive, que pour la calmer on arrosait les cataplasmes de laudanum. Tous ces moyens furent d'abord sans effet, la douleur était telle que le malade évitait les plus petits mouvemens, le poids seul de la couverture le faisait souffrir; pendant ces premiers mois la longueur de sa jambe s'accrut encore, mais cette augmentation ne porta que sur le membre inférieur, qui était au moins de trois pouces plus long que l'autre. On continua toujours l'emploi des moyens indiqués. La douleur céda par degrès, et la hanche sur la fin paraissait moins abaissée que dans le commencement; il y avait une amélioration notable; le membre, quand on n'y touchait pas, était plus douloureux. Trois mois se passèrent ainsi dans des alternatives d'augmentation et de diminution des douleurs; mais la jambe resta constamment plus longue que l'autre; enfin un matin, en soulevant le malade pour faire son lit, la tête du fémur abandonna la cavité cotyloïde, et il y eut un raccourcissement si considérable du membre affecté qu'il resta égal à l'autre en apparence; car il était plus court, mais cela tenait à l'abaissement de la hanche qui subsistait toujours. Les jours qui suivirent ne présentèrent rien de remarquable, le malade resta encore pendant quelque temps dans le service; on continua les mêmes moyens. Les douleurs étaient tellement diminuées, que la pression n'était pas douloureuse aux environs de l'articulation, et qu'on pouvait imprimer quelques mouvemens de flexion sans faire souffrir beaucoup le patient; en somme son état était bien amélioré, et on pouvait espérer un résultat satisfaisant, lorsqu'il voulut s'en aller chez lui, malgré tout ce qu'on pût lui dire; il sortit le 12 mai 1835, pour retourner à Neuilly où on l'emporta. Depuis, nous n'en avons pas entendu parler.

Chute sur le genou droit, claudication pendant plusieurs mois; alongement du membre inférieur gauche; trois années plus tard chute sur la hanche gauche: alongement de la jambe droite; abaissement de la hanche de ce côté; le malade est resté boiteux; inclinaison de l'épine.

Obs. III. — Le nommé Colin, maintenant infirmier dans la salle Ste-Jeanne, à l'Hôtel-Dieu, de l'âge de seize ans et demi, d'une constitution molle, lymphatique, avec plusieurs signes d'une habitude scrophuleuse, tels que bouffissure de la face, gonflement des lèvres et des ailes du nez, peau fine, cheveux chatains, dit n'avoir jamais eu de ganglions engorgés au cou pendant son enfance. Issu de parens sains, sa santé actuelle est parfaite; il n'a d'autre infirmité qu'une légère claudication qu'il attribue aux causes suivantes. A l'âge de dix ans environ, en sautant sur l'herbe avec ses camarades il fit une chute sur le genou droit, celui-ci se gonfla, resta douloureux pendant long-temps et fit boiter Colin; après cet accident, lorsqu'il voulait marcher ou courir, il le faisait en allant à cloche-pied, la jambe fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin, ou bien il s'appuyait sur la pointe des orteils. Cette jambe droite devint plus courte que l'autre d'un pouce, et Colin resta boiteux. A l'âge de 13 à 14 ans, en frottant un parquet, il tomba sur la hanche gauche; cette chute fut suivie d'une violente douleur dans les parties qui avaient porté sur le parquet, mais ne l'empêcha pas de travailler pendant 15 ou 20 jours encore; il était domestique et avait des chevaux à soigner, sur lesquels il montait assez souvent; il boitait en marchant et souffrait beaucoup dans la hanche et ses environs; la douleur devint plus vive, du gonflement survint dans l'aîne. Ne pouvant plus faire sa besogne, il prit la diligence pour se rendre à Mantes, où, dès le lendemain de son arrivée, il entra à l'hôpital. Il y resta pendant un mois. Pendant ce temps le gonflement disparut, mais la douleur continua; elle était cependant bien diminuée. Marchant difficilement, et incapable de rien faire, il resta encore deux ou trois mois chez lui, se levant tous les jours, marchant avec beaucoup de précaution, ne s'appuyant qu'avec crainte et réserve sur le membre malade, pour s'épargner les douleurs que lui causait le moindre mouvement dans les parties affectées; enfin la douleur se dissipa peu à peu, et il resta boiteux, ayant la jambe droite, qui au moment de la chute était la plus courte, un demi-pouce plus longue que la gauche. Aujourd'hui il est dans l'état suivant: il boite en marchant; les mouvemens des articulations coxo-fémorale et tibio-fémorale sont libres, faciles et non douloureux; la jambe droite à un demi-pouce de plus que la gauche, mais cette longueur n'est qu'apparente, car ces deux membres inférieurs sont égaux, mesurés des épines iliaques; mais ces deux dernières ne sont pas sur la même ligne transversale; celle du côté droit est d'un demi-pouce moins élevée que la gauche; la fesse droite est plus basse dans la même proportion; elle est alongée, aplatie, flasque; l'ischion est aussi plus bas; le malade vu postérieurement présente un côté du dos plus développé que l'autre; l'épaule droite est plus basse que la gauche; la colonne vertébrale est déviée de la ligne médiane et tout le corps semble contourné; les deux membres bien développés sont à peu près de même grosseur, et le malade ne souffre ni de l'un ni de l'autre; la claudication dont il est affecté ne le gêne en rien pour vaquer à ses occupations d'infirmier.

Si le rapport du malade est exact, on ne peut pas douter que cette déviation de la colonne vertébrale ne soit due à la claudication prolongée; que probablement d'abord, lors de la première chute, il y a eu inclinaison en sens inverse, puisque la jambe gauche était la plus longue et que la claudication ne se faisait pas du même côté qu'aujourd'hui. Cette observation, en même temps qu'elle nous donne une preuve de l'abaissement de la hanche et de l'élongation du membre sans coxalgie ni affection de l'articulation ilio-sacrée, ne nous

prouve-t-elle pas encore que cet abaissement de la hanche peut avoir lieu quelquefois du côté opposé où siége la maladie, ce qui tient à la manière dont marche le malade, ainsi que nous le dirons tout à l'heure?

Névralgie sciatique du côté gauche; douleur vive dans l'articulation de la hanche lorsque le malade marche ou fait des mouvemens : claudication, alongement apparent du membre inférieur; défaut de niveau entre les os des îles; celui du côté gauche est plus bas que celui du côté opposé; guérison de la sciatique; à sa sortie le malade conserve encore une légère claudication.

Obs. IV. — Jean-François Nivard, âgé de 20 ans, grand, d'une constitution forte mais sèche, serrurier, fut admis à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Jeanne, n. 2, le 19 novembre 1834, pour une sciatique dans la cuisse gauche. Il rapporta qu'au mois d'août dernier, il s'était endormi, les fenêtres de sa chambre ouvertes, la cuisse et la jambe gauches à découvert. Il sentit une impression de froid, se recouvrit aussitôt et se réchauffa promptement. A quelques jours de là, douleur d'abord légère et passagère, s'étendait dans toute la région postérieure de la cuisse et de la jambe qui avaient été exposées à l'air; cette douleur prit de plus en plus de l'accroissement, devint forte et constante; le simple contact des vêtemens déterminait une sensation qui n'était pas précisément de la douleur; mais une espèce d'agacement nerveux, une sensation désagréable et insupportable. S'il marchait, ou quand il pressait sur le trajet du nerf sciatique, il éprouvait alors une douleur très-vive; il boitait en marchant. Obligé de se tenir continuellement debout pour son état, il s'appuyait sur la jambe droite et lui faisait porter tout le poids de son corps; mais la douleur devint si intense qu'il fut obligé de discontinuer son travail. Les premiers jours de la sciatique il avait éprouvé un malaise général et un peu de fièvre. On lui conseilla d'aller à l'hôpital Saint-Louis, où tous les deux jours, pendant un mois, il prit des bains de vapeur et des fumigations aromatiques. Pendant ce temps là, la maladie loin de diminuer augmenta, et devint telle que Nivard ne pouvait plus marcher qu'avec la plus grande difficulté et toujours en boitant, prenant la précaution de n'appuyer sur la jambe malade que pour ne pas perdre l'équilibre; alors il se présenta à l'Hôtel-Dieu, pouvant à peine se tenir debout. Une douleur vive et presque constante occupe la cuisse au-dessous et en arrière du grand trochanter et dans les environs; elle s'irradie jusque dans la région inguinale et la fesse gauches; le malade se tient couché, la jambe fléchie légèrement sur la cuisse, n'osant s'en servir dans la crainte de solliciter des douleurs que le moindre mouvement détermine; il y a claudication; les mouvemens de flexion et de rotation imprimés à la cuisse augmentent la douleur de la région inguinale et des environs de l'articulation coxo-fémorale; de sorte qu'on pourrait croire à une affection à son début, de l'articulation ilio-fémorale, surtout si l'on ajoute que ce membre paraît un peu plus long que celui du côté opposé, que l'os des îles est plus bas, ce que l'on attribue à la position du malade qui, dit-on, cède à son mal. Il n'y a aucun gonflement visible ni aucune altération de la couleur de la peau.

Pendant plus de quatre mois que ce malade est resté dans le service, il a été soumis à tous les moyens préconisés contre les maladies nerveuses, les sangsues, les ventouses scarifiées, les vésicatoires volans ont été tour à tour employés avec les bains de vapeur, les douches, les préparations opiacées, et le tout sans succès. Vers la mi-février on eut recours à l'acupuncture, neuf aiguilles furent enfoncées douze fois et très-profondement sur le trajet du nerf sciatique; chaque application durait au moins une heure, quelquefois davantage; on les appliquait tous les trois ou quatre jours. Le malade sortit guéri le 31 mars 1835; mais il conservait une légère claudication, quoiqu'il ne souffrit plus dans le membre gauche.

Cette observation nous paraît mériter l'attention, non-seulement sous le rapport du traitement, mais encore, ce qui nous intéresse davantage, sous le rapport des symptômes qu'elle a présentés. Pour la rendre plus complète, il eût fallu prendre les mesures de niveau des deux hanches, etc.; mais alors, quoique nous eussions constaté l'abaissement de la hanche et l'élongation du membre, nous n'avions point encore porté notre attention sur la cause de l'abaissement de la hanche. La persistance de la douleur, tantôt dans la région inguinale, ou en arrière du grand trochanter, tantôt dans le genou ou les parties voisines, sa fixité surtout autour de l'articulation de la hanche, son augmentation plus grande par les mouvemens de cette articulation, par la pression, la claudication du malade, l'alongement du membre, etc., tous ces symptômes réunis n'auraient-ils pas pu faire naître avec quelque raison l'idée d'une affection de l'articulation coxo-fémorale? Car rien n'est plus obscur ordinairement que le développement de cette affection, qui a toujours un certain degré de douleur qui la précède, douleur qui quelquefois se fait sentir au genou, et peut même déterminer une méprise sur le siége de la maladie; et puis encore, le siége varié de la douleur, qui se faisait sentir dans les différentes parties de la cuisse, et surtout au niveau des articulations, pouvait en imposer pour les symptômes d'un rhumatisme articulaire ou d'une affection goutteuse, comme celle qu'on rencontre chez les adultes. D'un autre côté, il est vrai, l'âge du sujet, la cause qu'il avait accusée, pouvaient un peu éclairer le diagnostic, quoique cette cause ait donné lieu quelquefois à la coxalgie ou rhumatisme. Quant à l'alongement du bassin et à l'abaissement de la hanche dans ce cas, je ne mets pas en doute que ce symptôme n'était autre chose que le résultat de l'inclinaison latérale de la colonne épinière.

Ces observations suffisent pour faire connaître comment et dans quelles circonstances cet abaissement de la hanche peut se développer, et pour prouver que dans certains cas où l'on avait cru reconnaître une coxalgie,

cette affection n'existait réellement pas. Ce symptôme, qui n'a fixé l'attention d'aucun chirurgien français, dépend évidemment de l'inclinaison de la colonne vertébrale; quelques pathologistes anglais avaient bien indiqué cet abaissement du bassin, mais sans en donner l'explication. Jean Hunter avait coutume de donner pour raison de ce fait que le bassin du côté malade devenait plus bas que l'autre (Crowther, p. 226); c'était signaler le fait sans l'expliquer. Falconer. (*On ischias*, p. 9) avait aussi fait la même remarque. C'est au docteur Albers de Bremen que nous devons tout ce qui a été dit sur ce point. Dans son ouvrage sur la coxalgie, il paraît avoir le premier fait remarquer la difformité de l'épine dans cette affection et la raison de ce changement. Le contenu de ses observations sur ce point s'accorde avec ce qu'a écrit depuis M. Brodie (*Pathol. and surg., observ.*, p. 129). Il est aisé de comprendre, dit cet auteur, pourquoi la crête de l'un des os des îles se trouve déprimée, abaissée au-dessous du niveau de l'autre; si l'on observe la position que tient le malade lorsqu'il est debout ou qu'il marche, il supporte le poids de son corps sur le membre sain, conséquemment la hanche et le genou sont dans l'extension, en même temps que le membre opposé est incliné en devant; le pied du côté malade est placé sur le sol bien en avant de l'autre, non point tant pour supporter le poids du corps que pour affermir la base de sustentation et maintenir l'équilibre. Ordinairement cela ne peut avoir lieu sans que le bassin acquière une obliquité latérale, et éprouve dans ce sens une espèce de bascule par laquelle une épine iliaque s'abaisse, tandis que l'autre s'élève; or, cette inclinaison du bassin est naturellement accompagnée de la courbure latérale de l'épine, et alors il arrive que l'une des épaules est plus élevée que l'autre, et que toute l'habitude du corps est un peu contournée; c'est ce que nous avons toujours observé, d'après ce phénomène remarquable et facile à expliquer par la position que prennent les malades, que dès qu'il existe une courbure dans un sens à une région de l'épine, les autres régions en prennent bientôt d'autres en sens alternativement inverses. Si les individus, par exemple, sont forcés à s'incliner du côté où le membre est malade, à gauche, je suppose; bientôt, pour soutenir le centre de gravité, la région dorsale se courbe à droite, en sorte que tout le tronc se ressent bientôt de la vicieuse attitude d'une partie isolée de l'épine. Ensuite, comme c'est à la réunion des deux régions dorsale et lombaire que la colonne vertébrale offre le plus de mobilité, et que c'est là aussi que se passent tous les mouvemens du bassin sur le tronc, il s'ensuit que c'est aussi dans cet endroit que l'inclinaison commence et est plus marquée par la suite. C'est peut-être aussi la raison pour laquelle la déviation de la région dorso-lombaire précède constamment celle de la région supérieure du dos, ainsi que l'a fait remarquer M. Cruveilhier. Je crois cependant qu'il est bon de tenir compte des différentes espèces de causes et du point de l'épine où elles agissent.

Quelquefois, selon la remarque de Brodie, et comme le démontre une des observations que j'ai rapportées, l'inclinaison du bassin a lieu dans la direction opposée, et la crête de l'iléon est plus élevée du côté malade que du côté sain, ce qui est le contraire de ce qu'on observe ordinairement; alors il y a un accroissement apparent au lieu d'un alongement du membre du côté malade. Ce phénomène se rencontre dans les cas où le malade est dans une position droite; alors le pied de ce membre affecté n'est pas plus incliné en devant que l'autre, mais les orteils sont appuyés à terre, et le talon est élevé alors que la hanche et le genou sont un peu fléchis, ce qui rend le malade également capable de supporter le poids du corps; mais dans ce cas encore il y a une inclinaison latérale de la colonne vertébrale dans sa région lombaire. Dans cet abaissement de la hanche, il est encore un autre symptôme important qui l'accompagne nécessairement: c'est l'aplatissement de la fesse, qui se trouve plus basse que celle du côté opposé d'une distance égale à celle qui existe entre les deux hanches. Lorsqu'une maladie dure depuis quelque temps, la forme de la fesse change d'une manière remarquable; elle dépérit et est moins bombée; elle n'a plus sa convexité ordinaire; elle ne présente qu'une surface aplatie; elle est flasque au toucher; sa consistance mollasse l'entraîne vers le bord inférieur, et l'aspect qu'elle présente ferait croire qu'elle est plus grande que celle du côté opposé. L'altération dans sa forme peut dépendre ici en partie de la position que le malade peut garder étant debout, mais la cause principale doit s'attribuer à l'apauvrissement de la masse charnue des muscles fessiers par faute d'exercice. Cependant si la coxalgie est dans une période avancée, la fesse est réellement plus étendue, parce que la tête du fémur a abandonné peu à peu sa situation naturelle; c'est encore un symptôme qui ne doit pas être considéré comme signe certain de la coxalgie, attendu qu'il s'observe dans d'autres cas où, peu importe la cause, les muscles fessiers ont été dans un état d'inaction pendant long-temps. La même remarque doit être faite lorsque le fémur est malade, qu'elle qu'en soit la cause; ce mouvement de la hanche est difficile et douloureux; enfin, il existe encore des signes qui prouvent qu'il y a en même temps déformation du bassin et coxalgie, ou déformation seulement du bassin: ce sont les distances qui existent entre le trochanter, les épines iliaques, etc., du côté malade, et les apophyses épineuses des vertèbres lombaires. Ces distances sont toujours plus considérables du côté où est l'affection; c'est enfin la déviation de la colonne vertébrale et toutes les conséquences qu'elle entraîne avec elle, comme la torsion du tronc, la dépression de la poitrine d'un côté tandis qu'elle est bombée de l'autre, la différence de hauteur entre les deux épaules, etc.

Pour s'assurer que cet alongement du membre n'est qu'apparent, on fait coucher le malade sur le dos dans une position verticale; on abaisse de la partie supérieure du tronc, et sur la ligne médiane, un fil ou un ruban qui représente l'axe du corps; puis l'on mène d'une crête iliaque à l'autre un autre fil qui croise le premier; assurément si les deux épines sont de niveau

ces deux fils tomberont perpendiculairement l'un sur l'autre, et formeront des angles droits; dans le cas contraire, c'est-à-dire si l'une des hanches est plus haute que l'autre, les angles que formeront ces deux fils seront inégaux, et le plus ouvert sera du côté où la hanche sera le plus abaissée. En mesurant ensuite les deux membres inférieurs, si l'alongement dépend seulement de la différence du niveau des deux épines iliaques, on devra les trouver de même longueur; si cet alongement dépend en même temps et de l'abaissement du bassin et de l'élongation d'un membre, il sera encore facile de savoir ce qui appartient à chacun d'eux; si enfin l'alongement dépend seulement du membre, alors les deux crêtes des os innominés seront sur la même ligne transversale, et les fils en se croisant formeront des angles droits.

Faute de toutes ces précautions, on court les risques de tomber dans l'erreur sur le diagnostic de cette affection de la hanche, surtout à son début; pour bien l'établir, il faut se baser non sur un seul symptôme, mais sur l'ensemble de tous et sur l'histoire de leur marche, car les maladies avec lesquelles on pourrait confondre la luxation spontanée dans sa première période sont nombreuses. C'est ainsi qu'il est quelquefois difficile de la distinguer de l'inflammation de la membrane synoviale de la hanche et de l'inflammation chronique des parties molles voisines de cette articulation, qui se termine par la formation d'un abcès; ici il y a douleur, mais elle est plus circonscrite dans son siége que dans le cas de l'ulcération des cartilages: les mouvemens de l'articulation peuvent s'exécuter, le repos ne lui procure pas le même soulagement, etc. Une maladie du nerf sciatique peut offrir une certaine analogie avec l'affection dont il s'agit, et par le siége de la douleur, et par la tuméfaction qui l'accompagne. La difficulté des mouvemens dans ce cas, l'habitude que prend le malade de faire porter tout le poids de son corps sur le membre sain, peuvent encore en imposer. Le peu de données justes que nous avons sur ces affections ne peuvent mettre le chirurgien à même de porter un jugement exact, s'il ne met dans ses recherches tout le soin que réclament les circonstances du cas qu'il a sous les yeux. Le développement de cette affection est quelquefois si lent, même si obscur, que pendant long-temps le malade y fait à peine attention; la douleur qui précède la coxalgie est pour lui peu importante; cependant dans la crainte de la faire naître ou de l'augmenter par les mouvemens, il évite de se servir du membre affecté ou ne s'y appuie que très-légèrement lorsqu'il y est obligé; il en résulte d'abord une légère claudication qui augmente avec le mal. A mesure que la douleur, qu'il croit souvent rhumatismale, prend de l'accroissement, il prend plus de précautions pour ne pas la développer, s'appuie seulement sur les orteils; il y a claudication, et cette claudication, qui n'était dans le principe qu'un moyen de soulagement, devient une habitude, une difformité qui reste quand elle a eu lieu pendant long-temps; et, surtout si c'est chez un sujet jeune et à l'époque de son accroissement, il en résulte la courbure latérale de l'épine, puis l'abaissement de la hanche, quelle que soit la cause qui ait forcé le malade à boiter.

Maintenant, comment se produit cette claudication? Je n'entrerai point ici dans tous les détails de la mécanique animale; je dirai seulement que la colonne vertébrale, ce centre de tous les mouvemens, dans la station, est continuellement maintenue dans sa rectitude naturelle par des forces musculaires opposées et qui sont égales, destinées d'une part à contrebalancer le poids des viscères, de l'autre à résister aux efforts inaccoutumés auxquels elles peuvent être exposées; il est donc évident que si l'une de ces deux forces, par une raison quelconque, devient moins puissante que l'autre, l'épine, qui auparavant se trouvait à peu près entre deux efforts égaux, se trouvant alors entre deux efforts inégaux, déviera de la ligne médiane, perdra son centre de gravité et s'inclinera du côté de celui qui l'emportera; c'est ce qui a lieu dans la claudication. On sait très-bien que si les deux membres appuyaient en même temps sur le sol, l'inclinaison latérale, sur les deux fémurs, serait presque nulle dans le bassin; car pour s'abaisser d'un côté, il faudrait que cette cavité s'élevât de l'autre, et cette espèce de bascule serait impossible. Mais ces mouvemens du bassin, au lieu de se faire sur les deux fémurs, se font sur un seul; alors le résultat est tout-à-fait différent, c'est-à-dire que l'obliquité du bassin devient possible; ensuite, comme ces mouvemens du bassin se passent, non pas uniquement dans l'articulation sacro-vertébrale, elle est trop serrée, mais dans toutes les articulations des vertèbres lombaires, il s'ensuit que la colonne vertébrale, cédant à l'effort continu qui agit sur elle, se devie peu à peu de la ligne médiane, se courbe dans toute l'étendue des vertèbres lombaires, et incline sur le fémur, sur lequel se font tous les mouvemens; et tout le poids du corps sera porté sur ce même os. Cette inflexion latérale de l'épine chez les gens qui boitent, quelle qu'en soit la cause, fait que le centre de gravité ne serait plus soutenu, si, à mesure qu'elle se prononce, le bassin n'était porté de ce côté et abaissé. Cet abaissement du bassin, et par conséquent l'élongation du membre abdominal, sont d'autant plus marqués que l'inclinaison de la colonne est plus grande; car il faut bien qu'à mesure que le poids du corps se porte dans ce sens, la base de sustentation y soit aussi placée; il y a toujours dans ces cas un rapport précis entre la courbure de l'épine et l'abaissement du bassin. Ainsi donc dans certaines circonstances, chez les sujets lymphatiques, scrofuleux, faibles, où l'ossification est encore incomplète, où les ligamens jouissent encore de beaucoup d'élasticité, l'action de boiter pendant long-temps est la cause occasionelle de cette courbure de la colonne vertébrale, et par suite, de cet abaissement de la hanche. Si l'on rencontre si fréquemment ce symptôme dans la coxalgie, c'est que cette dernière affection n'attaque le plus souvent que des individus jeunes et entachés de la fâcheuse prédisposition que je viens d'indiquer. S'il arrive qu'un adulte ou un vieillard puisse boiter impu-

nément pendant long-temps, c'est que chez eux les substances intervertébrales sont affaissées, diminuées d'épaisseur, et quelquefois même pénétrées de phosphate calcaire, et sont par conséquent peu susceptibles de déplacement, à cause de la solidité que leur donne leur réunion. De tous les malades que j'ai observés, le plus âgé n'avait pas plus de vingt ans; chez tous, la maladie avait eu une longue durée. Si dans la première période de la maladie de la hanche, la claudication dépend d'abord de la douleur de l'articulation, plus tard elle dépend et de la douleur et de l'alongement du membre; et enfin plus tard encore, c'est-à-dire dans la deuxième période de la maladie, si le malade peut encore marcher, elle dépend du raccourcissement et de la douleur. D'ailleurs, qu'il y ait coxalgie ou non, du moment qu'il existe une douleur, peu importe son siége ou sa cause, la claudication aura lieu; et pour peu que celle-ci existe pendant plusieurs mois, plusieurs semaines même, si les sujets sont dans les conditions que j'ai mentionnées et s'ils continuent à marcher, la colonne vertébrale s'inclinera; alors se manifestera cette disposition vicieuse du bassin, cet alongement d'un membre inférieur, sans maladie de l'articulation coxo-fémorale ou ilio-sacrée. Il est si vrai que la position du malade, que son état d'action ou de repos peuvent changer le résultat, que tous les symptômes peuvent disparaître au bout de quelques semaines si le malade dans cette circonstance garde le lit et la position horizontale; excepté cependant dans les cas où, la maladie ayant déjà existé depuis long-temps, la forme de ces parties a dû contracter ce nouvel état, et alors cette difformité peut durer toute la vie; mais alors on peut recourir aux moyens mécaniques qu'on emploie dans le traitement de toutes les espèces de déformations de la colonne épinière.

N° 33. — 15 Aout.

THÉRAPEUTIQUE.

—

Mémoire sur l'emploi de l'hydriodate de potasse dans le traitement de la périostite et du rhumatisme articulaire chronique; par le docteur Clendinning, médecin de l'infirmerie de Sainte-Mary-le-Bone (1).

L'iode a été vanté, à la manière de la plupart des médicamens nouveaux, comme utile dans le traitement d'un si grand nombre de maladies, que les nouvelles applications de ce moyen doivent être reçues avec la plus grande circonspection. Si les recherches thérapeutiques faites de bonne foi sont d'une grande utilité pour la science, les éloges prodigieux que l'on donne si souvent à des médicamens qui ne les méritent pas n'inspirent que des doutes ou du dégoût. Les expériences du docteur Clendinning nous paraissent assez nombreuses, surtout réunies à celles du docteur Williams, dont il va être aussi question dans cet article, pour que nous croyions devoir les exposer ici avec quelque étendue. Le rhumatisme articulaire chronique et la périostite sont des affections trop souvent rebelles à tous les moyens dont l'art peut disposer pour que l'on puisse négliger de faire connaître un moyen qui paraît avoir été utile dans un aussi grand nombre de cas.

L'un des plus grands avantages de la médication dont nous parlons, c'est de n'entraîner nécessairement aucune restriction dans la diète ou le régime du sujet qui la suit. Une alimentation nourrissante, une diète généreuse ne sont point des ces circonstances défavorables à l'action du remède. Il semble, au contraire, que l'usage des alimens empruntés au règne animal soit plus favorable que nuisible à cette action lorsqu'il n'y a pas de fièvre; car il donne à l'estomac l'énergie nécessaire pour supporter sans inconvénient les propriétés stimulantes, et même quelquefois au commencement irritantes, de l'hydriodate de potasse. Un autre avantage, c'est que pendant son emploi le sujet est beaucoup moins exposé à contracter du froid, comme cela arrive si fréquemment et avec tant d'inconvéniens, dans le traitement par les bains, les diaphorétiques et le mercure. Cette médication n'affaiblit pas nécessairement comme la saignée et les autres évacuans, et elle permet, tant sous le rapport chimique que sous celui de la thérapeutique, l'emploi combiné de presque tous les moyens que l'on peut vouloir y joindre; aussi elle est compatible avec les amers, les astringens, les opiacés, les alcalins, les apéritifs, les stimulans diffusibles, et spécialement les ferrugineux et les mercuriaux.

Voici maintenant les inconvéniens qu'entraîne cette médication; ils sont en petit nombre et peu graves. Le principal, c'est le pyrosis, les flatulences, les nausées, la diarrhée et quelquefois les vomissemens et les coliques; mais ces accidens ne se présentent ordinairement qu'au commencement du traitement, et il est facile de les prévenir ou de les faire disparaître lorsqu'ils sont développés. On y arrive en faisant prendre la solution d'hydriodate de potasse dans un fluide mucilagineux ou dans une décoction amère, comme celle de gentiane, ou en la prenant après le dîner, ou au moins après avoir mangé quelque chose de solide, en commençant par une dose faible, de quelques grains seulement, et augmentant graduellement. Si c'est de la cardialgie que se plaint le sujet, on le calmera par l'usage des alcalins et des aromatiques: si c'est de la diarrhée ou des coliques, on les fera cesser en recourant immédiatement à la mixture de chaux et au laudanum.

Lorsqu'on commence l'usage de l'hydriodate de potasse, il détermine quelquefois des douleurs et d'autres

(1) Ce mémoire, qui est extrait de plusieurs articles de la *Gazette médicale de Londres*, nous a paru devoir offrir d'autant plus d'intérêt que plusieurs médecins des hôpitaux de Paris, et spécialement M. le professeur Magendie, s'occupent actuellement d'essais sur l'emploi de la même médication dans le traitement des mêmes maladies.

incommodités à la poitrine, à la tête et sur d'autres points plus ou moins éloignés de l'estomac. La céphalalgie et les vertiges sont souvent les premiers effets qui se manifestent, surtout chez les femmes nerveuses, chez lesquelles on voit aussi survenir sous la même influence quelques accidens hystériques. En effet, en ne considérant que l'influence et les sympathies de l'estomac, on doit s'attendre qu'un agent aussi puissant que ce sel déterminera chez les sujets susceptibles des symptômes anormaux et inattendus; mais ces effets sont de peu d'importance et très-faciles à surmonter.

Je n'ai jamais observé d'atrophie des mamelles, des testicules ou d'aucun autre organe, chez les malades qui ont été soumis à toute l'influence de cette médication. J'ai souvent remarqué, au contraire, de l'amélioration dans la physionomie et l'apparence générale. Des malades qui en ont pris jusqu'à 100 grains par jour pendant plusieurs semaines de suite n'ont rien éprouvé de plus que ceux qui n'en prenaient que 10 ou 12 grains par vingt-quatre heures.

Les seuls effets appréciables, et on pourrait dire réguliers, de cette médication sont l'augmentation de l'urine et des évacuations intestinales; mais au bout de quelques jours et au plus d'une semaine ou deux, les malades ne trouvent plus de différence dans la quantité des évacuations. Quant aux changemens que l'urine peut présenter sous le rapport de la qualité, les seuls appréciables sont une augmentation considérable, chez quelques sujets, dans la proportion du dépôt briqueté, et chez ceux qui boivent peu de liquides, une quantité extraordinaire d'acide urique. Quelques expériences que j'ai faites sur l'urine ne me permettent pas de douter que chez les sujets soumis à ce traitement, ce liquide ne contienne de l'iode. Traitée par le sublimé corrosif, cette urine fournit un dépôt abondant et bleuâtre, tel que celui que détermine constamment le mélange des préparations mercurielles et de celles d'iode dans l'urine. En traitant ce liquide par la fécule et l'acide muriatique, on peut encore arriver à constater la présence de l'iode, mais avec plus de difficulté.

L'effet de cette médication sur les intestins est de les relâcher lorsqu'il y a de la constipation. Une femme de l'infirmerie de Sainte-Marie-le-Bone souffrant depuis long-temps d'un rhumatisme chronique et dont l'estomac et les entrailles étaient si irritables, que nous avons été obligés d'abandonner l'hydriodate de potasse pour la vératrine, a pu depuis prendre sans inconvénient, et quatre fois par jour, 6 grains de ce sel avec la mixture de craie et 5 gouttes de laudanum; et bien qu'elle prenne chaque jour 20 gouttes de laudanum et 1 grain et demi de muriate de morphine, elle conserve cependant le ventre parfaitement libre.

Observations de rhumatisme chronique traité par l'hydriodate de potasse.

Obs. I. — Rebecca Fuller, âgée de 30 ans, fut admise à l'infirmerie le 22 janvier. Elle souffrait depuis plus d'un an d'un rhumatisme chronique, et, à l'époque de son entrée, elle avait à la cheville, aux articulations des doigts et à la paume de la main un gonflement douloureux, et en outre une périostite le long de l'olécrâne et du corps du radius d'un côté. La pression externe et la contraction musculaire déterminaient également une douleur dont l'origine semblait être dans les attaches tendineuses des muscles et dans les aponévroses intermusculaires. Cette fille était pâle; ses chairs étaient molles, son pouls faible, et la température de sa peau très-basse.

Elle prendra trois fois par jour.

Teinture ammoniacale de gaïac,	2 gros.
Dans mixture de quinquina aromatique,	1 once.

Le lendemain, elle fut prise dans la région iliaque droite d'une vive douleur, qui fut soulagée par les sangsues et les fomentations.

Le 24, elle prit pour essai un bain chaud qui produisit un effet défavorable, car le lendemain ses douleurs étaient augmentées; un purgatif et la poudre de Dover n'ayant produit aucune amélioration, le 27 on lui prescrit 15 gouttes de vin de colchique à prendre trois fois par jour dans une once et demie de mixture aromatique de quinquina.

Le 3 février, les douleurs n'ayant éprouvé aucune diminution, on ordonne la mixture précédente, mais avec 3 grains d'hydriodate de potasse à la place du vin de colchique.

Le 5, il y a de l'amélioration; la malade a eu quelques selles liquides. On remplacera la mixture de quinquina par la décoction de salsepareille composée, à laquelle on ajoutera l'hydriodate de potasse à la dose prescrite et 5 gouttes de laudanum par chaque dose.

Le 14, la malade est aussi bien qu'on puisse le désirer; la sensibilité de l'olécrâne et des autres parties douloureuses a complétement disparu. On cesse le traitement.

La malade ayant éprouvé au bout de quelques jours un retour des douleurs, elle fut obligée de reprendre la mixture d'iode qui lui produisit le même effet, et elle la continua assez longtemps pour sortir complétement guérie. Pendant tout le temps qu'elle subit ce traitement, elle fut constamment soumise à un régime alimentaire riche et généreux: la viande rôtie, le porter, etc.

Obs. II. — Sara Wood, âgée de 50 ans, fut admise le 20 février 1835; elle dit souffrir depuis sept ans d'un rhumatisme goutteux qui l'a obligée d'entrer à l'hôpital de Westminster, où elle est restée trois mois. Il y a maintenant aux deux genoux un gonflement assez fort qui l'a entièrement empêchée de travailler depuis trois mois; la santé générale est excellente. Elle prendra quatre fois par jour 3 grains d'hydriodate de potasse dans un liquide mucilagineux.

Le 24, amélioration rapide; la malade marche avec beaucoup plus de facilité. Elle continue le traitement.

Le 27, elle dit qu'elle marche beaucoup mieux qu'elle ne l'avait fait encore depuis sept ans; le gonflement de

la cheville a entièrement disparu; il en reste cependant encore aux genoux, avec un peu de sensibilité à la pression.

Le 6 mars, elle a toujours continué le traitement par l'iode sans aucune espèce d'inconvénient; elle se trouve, au contraire, beaucoup mieux, et passe à la salle des convalescens.

Ces deux exemples nous font assez comprendre, et la manière dont agit l'hydriodate de potasse dans les cas de rhumatisme chronique, et la rapidité avec laquelle survient l'amélioration sous l'influence de ce moyen. Maintenant nous allons passer à un autre ordre de faits, aux observations de périostite chronique traitée par le sel d'iode; mais avant de rapporter quelques-unes des observations qui sont citées en grand nombre par les auteurs anglais, nous donnerons quelques réflexions que le docteur William, l'un d'eux, a lues au collége des médecins sur la périostite, dans un mémoire sur le traitement de la syphilis.

« Le nodus du périoste, qui est l'une des formes de l'affection syphilitique du système osseux, est formé par le dépôt d'une série de couches de matière osseuse imparfaitement formée à la surface de l'os sain; ces couches peuvent être enlevées par macération. Le périoste lui-même est aussi épaissi dans ces cas et quelquefois ulcéré. Cette espèce de nodus est, comme toutes les parties nouvellement formées, disposé à se désorganiser, et passe rapidement à la suppuration. Une seconde espèce de nodus est due à la sécrétion d'une matière gélatineuse, soit par le périoste lui-même, soit par les ligamens ou les aponévroses. Ce nodus a la consistance de l'eau de gomme épaissie, mais quelquefois il a une consistance beaucoup plus forte; c'est pourquoi on l'a appelé nodus gommeux. Ce nodus est très-disposé à s'ulcérer, et quand une fois la tumeur est ouverte, bientôt l'ulcération acquiert une étendue considérable, l'os ne tarde pas à s'exfolier et il en résulte une maladie longue et grave.

» Lorsque le virus se fixe sur l'os lui même, la portion solide du cylindre osseux s'enflamme, s'épaissit considérablement, et acquiert une densité beaucoup plus forte. A l'intérieur, le tissu lamelleux s'oblitère partiellement, la moelle acquiert une plus grande dureté, et à l'extérieur on distingue une tumeur dure, solide et saillante en même-temps; le périoste s'épaissit et si la maladie n'est pas combattue à temps, l'ulcération et l'exfoliation apparaissent successivement. Le nodus dur est la forme la plus fréquente de la périostite, et le plus souvent on emploie le traitement mercuriel avec un succès complet pour le traiter. Cependant il y a un grand nombre de cas où le mercure reste sans efficacité et où le malade est voué à des souffrances d'une longueur et d'une violence excessives. J'ai donc dû chercher un traitement qui fût plus efficace contre cette forme de la maladie. Les faits suivans vont nous le faire connaître. »

Observation de périostite syphilitique traitée avec succès par l'hydriodate de potasse.

Obs. III. — Isaac Chelton fut admis à l'hôpital Saint Thomas le 17 janvier 1831, avec des nodus d'un volume considérable sur chaque tibia. Il éprouvait des douleurs atroces, et sa santé était considérablement altérée. Le premier traitement qu'il subit fut un traitement mercuriel suivi de salivation; mais les douleurs réparurent aussitôt que la bouche fut guérie. On essaya ensuite, mais sans plus de succès, une décoction de *smilax aspera*, à laquelle on substitua, le 7 avril, la décoction de salsepareille. Cette dernière fut continuée pendant huit semaines, mais sans soulagement pour le malade; au contraire, les premières phalanges des deuxième et troisième doigts d'une main augmentèrent de volume, s'enflammèrent avec ulcération, et à la fin nécrose qui nécessita l'amputation d'un doigt, et cela malgré plusieurs applications de sangsues et l'emploi d'une foule de moyens locaux ainsi que du calomel et du colchique à faible dose, et même de la noix vomique.

Après que la plaie de l'amputation fut cicatrisée, il fut nécessaire d'avoir recours à d'autres moyens, afin de tâcher de sauver l'autre doigt qui semblait marcher rapidement vers la nécrose.

Le 2 juillet, c'est-à-dire après six mois de séjour à l'hôpital, il commença à prendre trois fois par jour cinq grains d'hydriodate de potasse, et au bout de quelque temps la dose fut portée à dix grains. Les résultats furent des plus heureux; les douleurs furent diminuées ainsi que les nodus, et le doigt fut sauvé.

Ce malade fut ensuite atteint d'une iritis, puis d'une ulcération à la gorge, d'une maladie du nez, puis des ligamens et de la membrane synoviale des articulations, et il resta plus d'une année à l'hôpital, à la suite du traitement par l'hydriodate de potasse; et pendant tout ce temps il n'y eut pas de récidive de la périostite.

Ce fait est remarquable sous plus d'un rapport, le seul cependant sur lequel nous insisterons, c'est l'action spécifique qu'a exercée l'hydriodate de potasse sur la périostite sans agir cependant sur le virus syphilitique qui était dans l'économie, et qui s'est ensuite manifesté sur la muqueuse du pharynx et ailleurs.

Ce malade ne venait que de terminer son traitement quand le cocher d'un membre du Parlement fut reçu à l'hôpital Saint-Thomas, avec exactement le même état du tibia et des phalanges des doigts. Cet homme avait été traité pendant plusieurs mois par le mercure et la salsepareille, et avait été tellement affaibli par ses souffrances que sa famille croyait le voir mourir d'un instant à l'autre. Je lui prescrivis huit grains d'hydriodate de potasse à prendre trois fois par jour, et au bout d'un mois il était complétement guéri.

Instruit par ces cas, j'ai invariablement employé l'hydriodate de potasse dans le traitement des nodus du périoste durs, et avec un succès uniforme. La dose moyenne de ce médicament est de huit grains; à une dose plus élevée il devient purgatif; et même en s'en tenant à cette dose il faut encore y apporter quelque attention surtout lorsqu'il survient des nausées. Ce n'est qu'après cinq à dix jours qu'il commence à amener un peu de soulagement; mais à cette époque les douleurs sont diminuées; les nodus commencent à perdre

de leur volume, ils finissent même par disparaître complétement dans le plus grand nombre des cas. Cependant il y en a quelquefois qui persistent, mais ces cas sont plus rares que quand on n'a employé que le traitement mercuriel. Je n'ai pas vu un seul cas de nodus durs du périoste, traité par l'hydriodate de potasse, passer à l'ulcération, tandis qu'on observe assez fréquemment cet accident pendant le traitement par le mercure.

Obs. IV. — Freeman, marin, entra le 6 mars à *North London hospital,* se plaignant de violentes douleurs au front et dans les os des jambes. Ces douleurs le tourmentaient depuis six mois; il les avait contractées aux Indes orientales, en s'exposant à l'humidité lorsqu'il était sous l'influence d'un traitement mercuriel qui lui avait été prescrit pour une affection vénérienne. Les jambes étaient rugueuses, bosselées et douloureuses, et les nodus étaient ordinairement plus gros et plus rouges pendant les temps humides que dans toute autre circonstance. La peau des pieds et des jambes était chaude et sèche; et lorsqu'il faisait une grande inspiration, il disait ressentir une forte douleur dans tous les membres. La nuit, la douleur du front et celle des jambes étaient presque insupportables. Le front offrait une légère tuméfaction et était douloureux au toucher; il y avait un peu de toux, mais aucune douleur dans la poitrine. Le pouls, donnant 92, était fort et rebondissant; la langue nette et humide; l'appétit passable; il y avait un peu de constipation, et la nuit surtout le malade rendait une assez grande quantité d'urine. Le moral du malade était un peu abattu, et il semblait ne conserver presque aucun espoir de guérison. Il se plaignait d'une sensation singulière dans les yeux, et qui dépendait probablement de la maladie du front; lorsque la nuit approchait, il voyait tout danser autour de lui. La maladie syphilitique pour laquelle il était en traitement à l'époque où il fut pris de ses douleurs, remontait à trois années. Depuis cette époque il n'avait pas obtenu une guérison complète, bien qu'il eût pris beaucoup de mercure. Le premier objet que j'eus en vue fut d'abord de diminuer l'excitation qu'il éprouvait, ce que je cherchai à opérer par une forte saignée, un purgatif et le tartre émétique pris toutes les quatre heures à la dose l'un grain dans un verre d'eau. Ce traitement fut continué pendant trois jours, mais sans soulagement notable. Comme il y avait de la douleur à la gorge, et que les douleurs nocturnes l'empêchaient de reposer, je lui prescrivis le gargarisme suivant :

Prenez :	Deuto chlorure de mercure,	2 grains.
	Acide muriatique,	1 gros.
	Eau distillée,	8 onces.
	Muriate de morphine.	demi-grain.

Le malade en retira encore peu d'avantage. Le 16, son corps se couvrit d'une éruption semblable à l'urticaire, mais plus élevée, et sa respiration offrit une odeur mercurielle très-prononcée. Pensant que peut-être il avait avalé quelque quantité du gargarisme, je le supprimai et le remplaçai par un autre où entrait l'acétate de plomb. Le malade est soumis alors au traitement pur d'hydriodate de potasse, à la dose de cinq grains par jour; un vésicatoire est appliqué au front, et le muriate de morphine est continué, mais à plus faible dose. Ce traitement, commencé le 16 mars, a été suivi des plus heureux effets, la douleur de tête a complétement cessé, et celle des jambes considérablement diminué; les nodus ont disparu; la gorge a cessé d'être douloureuse; le malade a recouvré le sommeil, une partie de ses forces et de sa gaîté, et a quitté l'hôpital le 18 avril.

Ce n'est pas seulement dans les cas de périostite syphilitique que l'hydriodate de potasse est utile; il l'est également dans ceux où cette maladie dépend d'une affection rhumatismale. Nous allons rapporter un cas de ce genre qui donnera en même temps un exemple de l'un des inconvéniens que l'emploi de l'iode présente chez quelques sujets. Nous voulons parler du ptyalisme.

Obs. V. — M. M..., âgé de 40 à 50 ans, d'une robuste constitution, a souffert du rhumatisme depuis plusieurs années. Avant l'époque où il me fut amené par M. Rolly, mon ami, le périoste était malade depuis quelque temps; il se plaignait surtout de douleurs nocturnes dans tous les os longs, et qui ne cédaient qu'à des fortes doses d'opium; et même dans les derniers temps il était obligé de prendre de deux à trois grains de morphine pour obtenir du soulagement. L'un des tibias présentait une tumeur dure, visible à une distance considérable, extrêmement sensible au toucher, s'étendant longitudinalement sur la plus grande partie de la surface du tibia, et présentant évidemment un exemple d'une périostite ou d'un nodus de l'espèce dure. D'après l'histoire du malade, il était évident que cette périostite était d'origine rhumatique. Tous les moyens ordinaires avaient été employés sans aucun effet permanent. Je prescrivis l'hydriodate de potasse à la dose de trois grains trois fois par jour; la dose fut augmentée ensuite graduellement, et le malade en éprouva les résultats les plus avantageux. Cependant il y avait à peine quelques jours qu'il faisait usage de ce sel, quand les gencives devinrent douloureuses, les dents furent ébranlées, et on vit survenir une salivation grave qui dura pendant dix ou quinze jours. Au bout d'un petit nombre de jours, il cessa tout-à-fait de prendre de l'opium, et après un mois de traitement il se regardait comme guéri.

Une femme qui est encore en traitement en ce moment à l'hôpital et qui prend l'hydriodate de potasse pour une périostite de l'occipital, a aussi éprouvé un soulagement remarquable du moment que l'iode a produit sur ses gencives, ses dents et sa respiration des effets semblables à ceux que détermine le mercure. Sous ce rapport l'iode doit être rapprochée de la digitale et de quelques autres substances actives que l'on a vu quelquefois produire des effets analogues.

Nous terminerons par l'observation suivante, qui nous offre à la fois un exemple remarquable de la périostite cérébrale et du succès que l'on peut attendre

de l'emploi de l'hydriodate de potasse même dans les cas en apparence les plus graves.

Obs. VI. — En juillet dernier M. S. fut pris subitement de céphalalgie avec vertiges, double vision, éclats lumineux devant les yeux, et quelques autres signes de trouble général. Pendant les premiers huit ou dix jours, il éprouva en outre de singulières illusions optiques. Non-seulement les divers objets qu'il voyait étaient changés de forme, de grandeur, partagés ou doubles, etc., mais encore il voyait passer devant lui une série de spectres qui étaient presque également visibles à la lumière et à l'obscurité. Quelquefois des figures entières, d'autres fois des membres seulement d'homme ou de femme, des animaux, des nuages ou d'autre apparences vaporeuses. Ceux de ces spectres qui étaient les plus constans, paraissaient et disparaissaient alternativement et à de très-courts intervalles; ils semblaient produits par le stimulus du sang artériel, car ils suivaient souvent, sinon invariablement, les mouvemens du pouls, disparaissaient lorsque les vaisseau sanguins cessaient d'être distendus. Ces symptômes furent combattus par des applications de sangsues, des purgatifs, la diète, le repos, etc. Le malade ne les éprouvait que depuis peu de temps, mais il semblait naturel de les attribuer à l'irritation sympathique du cerveau, qui était produite par une périostite d'origine ancienne occupant le sommet de la tête, le côté droit, et accompagnée de sensibilité à la pression sur la moitié droite de la tête.

Depuis plusieurs années ce malade avait souffert de la périostite sur plusieurs os; le sternum, la clavicule, l'acromion et les os du crâne, et la rapportait à un rhumatisme opiniâtre et dont l'origine remontait à l'habitude où il avait été de s'envelopper la tête pendant la nuit avec des linges humides, pour calmer des maux de tête qu'on attribuait au défaut d'exercice et à l'excès de l'étude. Les moyens antiphlogistiques produisirent peu d'effet, tandis qu'aux attaques précédentes ils avaient constamment procuré du soulagement. Le docteur Eliotson fut appelé en consultation, et, avec son avis, on commença à donner au malade de petites doses d'hydriodate de potasse. Ces doses furent rapidement augmentées jusqu'à ce qu'elles fussent arrivées à dix, quinze, vingt et même trente grains trois fois par jour. Au bout de quinze jours environ, déjà le mal de tête, les illusions de la vue et tous les autres symptômes graves avaient disparu; il ne restait plus que la faiblesse résultant des évacuations sanguines.

Cependant, lorsqu'on eut continué ces doses élevées pendant plusieurs semaines, on fut obligé de les suspendre à cause de la cardialgie et de l'état de flatulence qu'elles déterminaient. Le malade fut encore repris plusieurs fois de la même sensibilité au cuir chevelu, au sternum, etc., avec des mouvemens spasmodiques au front et aux joues; on entendit même très-distinctement le bruit du craquement indiqué par le docteur Johnson, dans l'un des derniers numéros du *Journal médico-chirurgical*, comme accompagnant la contraction des muscles affectés de rhumatisme chronique. Ce bruit était si distinct vers l'insertion des muscles cervicaux à l'occiput, que le malade lui-même le distinguait parfaitement. En octobre, une attaque assez sérieuse de ces douleurs fut combattue avec le même succès que la première fois par l'hydriodate de potasse: et depuis cette époque le malade jouit d'une meilleure santé que depuis plusieurs années.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Cahiers de décembre, janvier et février.)

RUST'S MAGASIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Recherches chimiques et physiologiques sur le sang de la veine-porte, par M. le professeur Schultz.

Dans ce nouveau travail, M. Schultz communique le résultat de ses recherches sur les différences chimiques et physiologiques du sang de la veine-porte et de celui des artères et des autres veines. Dans une première partie de son mémoire, l'auteur publie le fruit de ses expériences chimiques, toutes faites sur des chevaux Nous en donnons ici le résumé très-succinct.

1° Le sang de la veine-porte est en général plus noir que l'autre sang veineux, quoique cette différence ne soit pas toujours appréciable à la vue; il ne rougit point par les sels neutres, ni par le contact de l'air atmosphérique, ni par l'action de l'oxigène.

2° Le sang de la veine-porte ne se coagule pas, ou, s'il le fait, il se prend en caillots moins fermes que celui des autres veines. Dans le cas où il est coagulé, il se liquéfie en tout ou en partie au bout de douze à vingt-quatre heures, et donne, ainsi que celui qui ne s'est point coagulé, naissance à un sédiment noir, sur lequel il se forme un sérum clair.

3° Le sang de la veine-porte contient, terme moyen, 5, 23 p. 100 à l'état frais et 0,74 p. 100 à l'état sec moins de fibrine que le sang des artères et des autres veines.

4° Le sang de la veine-porte liquide contient en général un peu moins de parties solides (0,18 à 0,3 p. 100) que le sang artériel et l'autre sang veineux.

5° Son sérum contient en général 1,58 moins de parties solides que le sérum artériel et 0,80 moins que celui de l'autre sang veineux. A l'état sec le premier est d'un gris cendré, le second jaune, le troisième jaune verdâtre.

6° Le sang de la veine-porte contient proportionnellement plus de cruor et moins d'albumine; le contraire a lieu pour le sang artériel : le cruor sec de la veine-porte est gris brunâtre, celui des autres veines rouge foncé, celui des artères d'un rouge vif.

7° Le sang de la veine-porte contient dans ses par-

ties solides presque le double de graisse que celui des artères et des autres veines. La proportion est la suivante :

Sang de la veine-porte ,	1,66 p. 0/0,
Sang artériel,	0,92 p. 0/0,
Sang veineux des autres veines,	0,83 p. 0/0,

8° Le sérum sec de la veine-porte ne contient que 0, 27 p. 100 plus de graisse que le sérum sec des artères et des autres veines.

9° Le cruor albumineux en contient 1,11 p. 100 de plus que celui du sang artériel et 1,21 p. 100 de plus que celui du sang des autres veines.

10° C'est pour la fibrine que cette différence est la plus grande. La fibrine sèche de la veine-porte contient 10,70 p. 100 de graisse ; celle des artères, 2,34 p. 100 ; de manière que la différence en plus est de 8,36 p. 100.

11° La graisse du sang de la veine-porte est brune noirâtre, onctueuse ; celle du sang artériel et de l'autre sang veineux blanche ou blanche jaunâtre ; cristalline ; celle du chyle blanche, aux deux tiers liquide et un tiers cristalline.

II. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

Nouvelles expériences sur la kréosote.

Les observations sur l'efficacité de la kréosote se contredisent encore tellement qu'il est impossible de porter un jugement certain sur ce médicament; il faut donc continuer les expériences. A cet effet, nous rapportons ici deux observations tirées du septième rapport annuel de l'hôpital de Sainte-Catherine, par M. le docteur Cless (du 1er juillet au 30 juin 1834).

Obs. I. — Une servante, âgé de 27 ans, d'une taille grande, maigre, née dans une famille dans laquelle la phthisie paraît être héréditaire, souffrait périodiquement depuis plusieurs années d'une toux sèche, d'une respiration courte, de battemens de cœur, d'hémoptysie et d'un sentiment d'anxiété ; ces symptômes augmentèrent de beaucoup au mois de janvier et forcèrent la malade d'entrer à l'hôpital le 3 février. Outre ces symptômes, pouls un peu fréquent, peu d'appétit ; sang mêlé de mucosités purulentes, un pityriasis versicolor sur la poitrine, le cou et les bras donnant lieu à une desquamation continuelle de l'épiderme, symptôme essentiel que M. Cless veut avoir remarqué souvent surtout dans les maladies chroniques de la poitrine. A part une irritabilité maladive du cœur, le stéthoscope ne fit rien découvrir d'anormal dans la respiration. Une infusion de digitale avec le sel ammoniac ralentit les battemens du cœur et du pouls, et fit cesser l'hémoptysie qui revenait chaque fois après la fin de l'action du médicament, ce qui engagea l'auteur à faire un essai avec la kréosote (6 gouttes dans trois onces d'eau, et une once de sirop à prendre quatre cuillerées à bouche par jour.) L'hémoptysie cessa bientôt et plus tard l'expectoration purulente ; la respiration devint plus facile ; l'appétit s'améliora et les forces revinrent par l'emploi de ce médicament continué pendant plusieurs semaines ; le 24 avril la malade sortit pour reprendre son service. Jusqu'aujourd'hui elle n'a pas eu de rechute.

Obs. II. — Une servante, âgée de 37 ans, d'une constitution cachectique, accoucha il y a deux ans ; depuis cette époque la menstruation se fit d'une manière irrégulière et était plus copieuse.

Le 18 janvier, après une perte continuelle de quinze jours, la malade entra très-épuisée à l'hôpital. Le sang, qui avait au commencement sa couleur ordinaire, prit peu à peu une couleur louche et une odeur fétide ; bas-ventre boursoufflé, douloureux vers la région hypogastrique ; constipation alternant avec la diarrhée ; pouls petit. L'huile de Haller, des poudres composées d'ipécacuanha et d'alun, plus tard de vitriol de fer, et des injections avec un gros de chlorure de chaux sur une livre d'eau, furent employés sans succès, si ce n'est que l'écoulement fut supprimé pendant un court espace de temps pour revenir plus tard. Pendant l'emploi du chlore l'odeur fétide de l'écoulement avait diminué. A l'examen on trouva : la matrice affaissée, sa lèvre antérieure tout à fait détruite par une ulcération et douloureuse au toucher ; la postérieure intacte ; la muqueuse du vagin très-rouge. Injection d'eau de kréosote (2 gouttes sur une once d'eau distillée) ; par ce moyen on diminua non-seulement l'odeur de l'écoulement, mais après quelques jours celui-ci même fut arrêté et ne revint plus par l'emploi continuel de ce médicament. Après quelques semaines on examina de nouveau la femme au moyen du spéculum, on trouva le vagin plus rétréci, la rougeur de la muqueuse disparue, les endroits ulcérés de la matrice complètement cicatrisés. Le 1er mai, elle sort guérie, et à la mi-juillet elle se portait encore très-bien, étant régulièrement menstruée.

Sur le delirium tremens, par le docteur Cless.

A plusieurs reprises, M. le docteur Cless a appelé l'attention des médecins sur l'effet remarquable et véritablement spécifique de la digitale pourprée contre le delirium tremens, maladie qui n'est pas rare dans le Wurtemberg. Sur treize personnes atteintes de cette affection à la suite d'excès de boisson, et traitées par la digitale pourprée, deux seulement ont éprouvé des récidives. Les deux observations suivantes viennent confirmer de nouveau l'efficacité du remède proposé par M. Cless.

Obs. I. — Un vieillard de 66 ans, autrefois postillon et vieux biberon, fut atteint le 31 décembre 1833, d'après le dire même du médecin, d'une fièvre rhumatico-inflammatoire accompagnée d'une phlegmasie cérébrale avec délire. Dans les premiers jours on prescrivit nitre, calomel, opium, et deux saignées, mais comme son état empirait de jour en jour, on le transporta à l'hôpital. Déjà, à la première vue du malade qui était très-agité, mais du reste d'une humeur assez gaie, parcourant la chambre sans but déterminé, voyant beaucoup de chevaux autour de lui, et prenant son bois de lit pour un

chariot auquel il s'attacha pour le traîner dans la salle, on ne put présumer une vraie inflammation du cerveau, mais évidemment un *delirium tremens*. Le pouls petit et un peu fréquent, le tremblement des mains, l'illusion continuelle des sens, les réponses de travers aux questions qu'on lui adressait, l'insomnie totale et l'origine de la maladie, confirmèrent le diagnostic. (Infusion de digitale, 1 gros sur 6 onces de colature, à prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures.) Après que cette potion fut prise deux fois, le malade s'endormit et ne se réveilla que 24 heures après, dans un état raisonnable. Les illusions avaient cessé, les réponses étaient saines, et le tremblement avait disparu.

Le malade se plaignit de faiblesse ; pouls lent et irrégulier ; vomituritions qui furent suivies de vomissemens. On cessa les remèdes. Les symptômes de toxication disparurent au bout de deux jours, et le malade, après un séjour d'une huitaine, quitta en bonne santé l'hôpital. On ne l'a pas perdu de vue, et il n'a eu, jusqu'à la fin de juillet, aucun signe de rechute.

Obs. II. — N., âgé de 30 ans, pouvait, selon l'annonce d'un de ses amis, boire par jour vingt litres de liqueurs fermentées, comme du vin, de la bière, du cidre, et même de l'eau-de-vie, le tout pêle-mêle. Condamné pour délit de police à trois jours de prison, il tomba dans un état épileptique ou subapoplectique, dont cependant il se rétablit bientôt après, mais qui fut suivi d'un état inflammatoire avec des symptômes de *delirium tremens*.

Le 30 janvier, vers le soir, il fut transporté à l'hôpital, où il montra tous les signes de ce délire, accompagné d'un état fébrile caractérisé par un pouls fréquent et une langue chargée jaunâtre. Avant son arrivée à l'hôpital, on lui avait fait une saignée qui avait augmenté l'inquiétude, le déraisonnement produit par l'illusion des sens, le tremblement des mains et du corps, ainsi que l'insomnie. (Potion de digitale comme dans l'observation précédente.) Pendant les trois premiers jours le délire devint plus fort ainsi que l'inquiétude. Ce ne fut qu'avec peine qu'on put le retenir au lit.

Le soir du troisième jour, après la troisième potion, les symptômes narcotiques se déclarèrent ; le malade resta tranquille ; pouls lent et irrégulier ; nausées ; sécheresse de la bouche ; éblouissemens ; céphalalgie ; ce ne fut que vers le matin que le sommeil le surprit et dura jusqu'à midi. Le malade se réveilla dans un état raisonnable, et n'eut plus à souffrir que de l'action de la digitale pendant quelques jours.

Le 18 février il quitta l'hôpital entièrement guéri, sans qu'il ait subi de rechute jusqu'ici.

De l'application du cautère potentiel sur le point de réunion des sutures lambdoïde et sagitale, dans l'hydrencéphale aiguë des enfans ; par M le docteur Durr, médecin à Hall.

Il n'est point de maladie contre laquelle on ait recommandé autant de moyens thérapeutiques que l'hydrencéphale aiguë des enfans ; il n'en est point contre laquelle on en ait vu échouer un plus grand nombre.

Le cautère potentiel appliqué sur le point de réunion des sutures sagittale et lambdoïde, sur l'emploi duquel M. le docteur Dürr publie les observations qu'on va lire, avait déjà été proposé par Smith en 1814 (1). Ce n'est donc pas un moyen nouveau que nous faisons connaître; le but que nous nous proposons est de réveiller l'attention des praticiens sur ce sujet et de faire mieux apprécier cet agent thérapeutique, dont l'efficacité semble devoir surpasser l'action de la plupart des remèdes connus jusqu'à ce jour.

Le premier auteur qui ait parlé de l'emploi du cautère sur le sinciput dans l'hydrencéphale aiguë est Trucy (2); mais il se servait du cautère *actuel*, des *moxas ;* ce moyen, de même que les saignées abondantes de la jugulaire, portées jusqu'à la lipothymie, par William Maxwell (3), n'est praticable que dans la médecine des hôpitaux. Le cautère potentiel de Smith, au contraire, d'une application moins douloureuse, effraie moins, et peut être plus facilement introduit dans la pratique privée.

Smith recommande de renouveler le caustique dont on se sert toutes les douze heures, et de faire prendre au malade toutes les six ou huit heures, dans un véhicule mucilagineux, l'électuaire suivant :

Mercure métallique,	10 grains.
Faire triturer avec manne,	1 scrupule.
Ajoutez, sur la fin, racine de scille récente,	5 grains.
Sirop, q. s. jusqu'à consistance d'électuaire.	

Il entretient la liberté du ventre avec la gomme gutte, la scamnonée et le calomel.

M. le docteur Dürr n'emprunte de la méthode de Smith que l'emploi du cautère potentiel, qu'il applique de la manière suivante.

Il fait raser les cheveux au point de réunion des sutures sagittale et lambdoïde, dans l'étendue d'une pièce de 5 fr. ; puis il étend sur un morceau de toile de la grandeur d'une pièce de 40 sous ou de 3 livres, selon l'âge de l'enfant, à une épaisseur d'à peu près 2 lignes, un onguent composé de :

Onguent âcre d'Autenrieth,	1 gros.
Tartre stibié,	1/2 gros.
Onguent de cantharides,	1/2 gros.

Il applique le petit emplâtre sur la partie dénudée du cuir chevelu le recouvre d'une compresse et fixe tout l'appareil avec un petit bonnet. Après quatre à six heures, l'épiderme est soulevé sans que le petit malade en ait éprouvé de grandes douleurs ; on étend une nouvelle couche d'onguent sur l'emplâtre, qui est ordinairement desséché. Au bout de six à douze heures, une

(1) A treatise on Hydrencephalus, etc. London 1814.

(2) Journal général de méd. chir. pharm. etc., par Leroux, t. 32, octobre.

(3) The Edinburgh méd. and surgical journal, 1824, juin.

fluctuation manifeste se fait sentir sous l'épiderme qu'on incise, et il s'en écoule une sérosité liquide et puriforme. On panse toutes les douze heures avec un second onguent plus doux que le premier :

Onguent basilicon Emplâtre de minium,	part. égal.

Au bout de vingt-quatre heures, on a obtenu ainsi un ulcère artificiel d'un bel aspect et de la grandeur indiquée plus haut. Dans les cas où la suppuration est peu abondante, ou quand elle vient à tarir, M. Dürr fait étendre une couche d'onguent fort sur l'onguent plus faible ; il fait encore faire un mélange des deux onguens lorsque dans les commencemens la fluctuation sous l'épiderme ne se fait point sentir d'une manière assez manifeste, ou qu'il existe une tension inflammatoire trop grande.

Obs. I. — G., âgé de 3 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament irritable, était depuis quelques semaines sujet à faire de fréquentes chutes. Dans les premiers jours de juillet 1832, il fut pris de chaleur fébrile et de vomissemens répétés.

Le 4, chaleur de tout le corps, principalement de la tête ; yeux entr'ouverts ; état soporeux ; urine trouble, d'un rouge pâle ; regard fixe, et globe de l'œil souvent tourné en haut ; face animée et agitée par de légères convulsions musculaires ; l'enfant porte souvent la main à la tête ; humeur morose ; respiration courte ; ventre un peu balloné ; langue nette. (Sangsues derrière les oreilles ; fomentations froides avec l'acétate d'ammoniaque, auquel on ajoute plus tard de l'eau vulnéraire de Théden ; à l'intérieur, le carbonate saturé de potasse et le calomel.)

Le 5, cinquième jour de la maladie, congestions moindre vers la tête, mais coma plus profond et convulsions des membres plus marquées (Même médication que la veille : on ajoute à l'intérieur, fleurs de zinc et poudre de digitale pourprée, de chaque un tiers de grain : de plus, on applique sur le sommet de la tête l'emplâtre caustique décrit plus haut dans l'étendue d'une pièce de 40 sous.)

Le 6, nuit inquiète, agitée ; quelques selles verdâtres, le matin, peau humide ; les yeux indiquent que le petit malade a repris un peu connaissance, respiration moins accélérée, le cautère sur le vertex a bien tiré ; on le panse avec l'onguent doux. (A l'intérieur infusion de fleurs d'arnica avec l'acétate de potasse.)

Le 7, l'enfant est éveillé ; il demande à manger et s'assied sur les genoux de sa mère, mais appuie encore la tête contre son sein. Les jours suivans l'amélioration devient de plus en plus sensible : au bout de quelque temps sa santé se remet entièrement ; l'ulcère qui a bien suppuré, ne se ferme qu'après quelques semaines.

Nouveaux exemples de sueur bleue, par le docteur Heyfelder.

M. Heyfelder rapporte deux observations de sueur bleue qui confirment l'opinion de M. le docteur Bleifuss (Gaz. Méd. t. 34, Encycl. p. 265), qui la regarde comme un phénomène critique, et pour ainsi dire comme le reflet d'une affection du bas-ventre, principalement d'une pléthore abdominale. Nous laissons parler M. Heyfelder :

Des exemples d'une sueur bleue, c'est-à-dire d'une sueur déposant un sédiment qui certes n'était pas le produit de la coloration par les habits, se sont montrés deux fois à mon observation, une fois chez un homme de 48 ans, émacié et très-hypocondriaque, la seconde fois chez une femme de 50 ans, desséchée et hystérique ; chez toutes les deux on ne pouvait pas méconnaître une affection du foie. L'odeur de leur sueur avait quelque chose d'ammoniacal.

Après l'usage de bains chauds et d'autres moyens pour favoriser l'activité de la peau, la sueur paraissait devenir plus copieuse, et son sédiment bleu, ressemblant au sulfate de cuivre, se présentait plus distinctement.

Chez tous les deux individus, les cheveux, raides, étaient d'une nuance foncée ainsi que l'iris ; la couleur de la peau, blafarde, dénotait une affection du bas-ventre. Leur humeur était triste, et l'homme même avait un penchant au suicide. Le traitement consista chez tous les deux dans des lavemens et dans l'emploi d'eaux minérales altérantes, qui augmentèrent l'activité des viscères et diminuèrent le sédiment bleu de la sueur qui dans les deux cas, était plus prononcée au côté droit du corps, depuis l'épaule jusqu'au pied. On n'a rien observé de pareil dans les autres sécrétions, ni dans les crachats, ni dans l'urine.

D'une dégénérescence particulière du tissu cellulaire des extrémités inférieures chez les hydropiques ; par le docteur Hauff.

Le phénomène pathologique dont nous allons parler nous paraît si intéressant, que nous rapportons l'observation suivante qui en fait la base avec quelques détails.

Observation de lèpre tuberculeuse éléphantine.

Obs. I. — T. H., âgée de 15 ans, non menstruée, née de parens sains, fut affectée, peu après sa naissance, d'une croûte laiteuse (serpiginosa) de toute la figure, dont la sécrétion était si âcre qu'elle attaquait les mamelles de la mère qui se vit forcée de sevrer l'enfant. Le mal résista à tous les moyens jusqu'à la période de la première dentition ; depuis lors l'enfant se porta très-bien jusqu'à la sixième année, où elle fut atteinte d'une fièvre catarrhale inflammatoire qui céda à un traitement antiphlogistique ; lors de la convalescence qui fut longue elle se plaignit d'une pesanteur dans les membres, les supérieurs surtout étaient agités de mouvemens convulsifs, spasmodiques. Six mois après la jeune fille fut de nouveau prise d'une fièvre inflammatoire, accompagnée de forts battemens du cœur qui persistaient après la guérison de la fièvre. Plus tard elle souffrit souvent d'inflammations érysipélateuses des doigts qui furent suivies chaque fois de la chute des

ongles ; elle eut aussi pendant un temps assez long un écoulement âcre avec boursoufflement de la membrane de Schneider. Contre ces différentes affections on employa avec un succès varié la digitale, le calomel et des moyens attirans ; ce qui se montrait surtout très-efficace, c'était un cautère au bras, qu'on fut obligé de temps en temps de laisser se fermer à cause de sa tendance à passer à une ulcération de mauvaise nature. Parfois il se montrait aussi des taches de Werlhof avec abattement, qui disparaissaient bientôt après l'emploi du quinquina et des eaux minérales. L'état de la malade était en général supportable. A l'âge de 13 ans, dans les premiers jours de 1833, l'affection des organes de la poitrine et surtout du cœur se montra de nouveau avec beaucoup d'intensité ; orthopnée, douleurs dans la région du cœur extrêmement fortes ; pulsations du cœur étendues à toute la poitrine, et si violentes que tout le corps en était comme secoué.

Une saignée, le nitre, le calomel et la digitale calmèrent cet accès, mais n'empêchèrent pas, comme il paraît, une exsudation du péricarde et des plèvres. La respiration était si pénible que la malheureuse était obligée de dormir assise ; il se déclara un œdème des pieds et un gonflement hydropique de tout le corps toujours suivis d'un soulagement dans les actes du cœur ; l'œdème des pieds était quelquefois si fort qu'il avait à craindre que l'eau se fît jour à travers la peau. C'est dans cet état que M. Hauff trouva la malade. Au moyen de diurétiques, le gonflement disparut à plusieurs reprises jusqu'à un certain point. Vers l'automne de la même année, il se déclara aux pieds, qui étaient alors le plus tuméfiés, des inflammations érysipélateuses, suivies de larges ulcérations et d'une suppuration purulente. Cet état dura jusqu'au printemps 1834, la tuméfaction ne disparut pas malgré les nombreuses évacuations, et prit le caractère suivant : le tissu cellulaire devint dur comme du bois ; les ulcères se couvrirent de croûtes hideuses, et pendant quelques mois il se déclara une éléphantiasis des mieux caractérisées ; la peau devint épaisse, dure, cornée, froide, insensible : aux endroits des ulcères elle se couvrit de croûtes épaisses, fendillées, d'un gris-noirâtre semblables à l'écorce de chêne, surtout au pied droit. Aux deux jambes, jusqu'aux malléoles, il se forma des bourrelets difformes, à proéminences inégales, surtout aux mollets. Autour des malléoles il y avait de profonds plis ; le dos des pieds présentait de même des boursouflemens en forme de poches pendantes par dessus les orteils, la même disposition se remarquait aux talons ; plantes des pieds libres.

Le pied gauche était un peu plus gros que le droit, et avait une circonférence d'une aune. Pendant l'été 1834 les pieds dégonflèrent légèrement de haut en bas ; la peau reprit un peu plus sa teinture naturelle ; vers le bas tout resta au même point. Il est remarquable que les symptômes du cœur et de la poitrine augmentaient à mesure que le gonflement diminuait. A l'automne les pieds se tuméfièrent et l'abdomen se remplit de nouveau : la respiration devint plus difficile ; il se déclara des points fugitifs vers la région du cœur, qui se dissipèrent par l'emploi du calomel, de la digitale et des frictions mercurielles et d'althéa ; une décoction de pelures de concombre produisit une sécrétion copieuse de l'urine, suivie d'une amélioration sensible. Le 27 novembre 1834, un spasme violent de la poitrine avec fortes douleurs dans la région du cœur mit la vie en danger et ne céda qu'à l'emploi du musc et des fleurs de benjoin et de frictions irritantes. Depuis cette époque les symptômes du côté du cœur allèrent toujours en augmentant ; angoisses presque continuelles, diminution des forces ; mort le 18 mars 1835.

Autopsie cadavérique. Corps émacié, de couleur ictérique, excepté les membres inférieurs qui ont gardé leur circonférence énorme et leur aspect lépreux.

Dans la *cavité thoracique*, désordres habituels d'une pleurésie, d'une péricardite et d'un anévrisme du cœur.

Extrémités inférieures. Des incisions faites dans le mollet et le pied gauches font voir le tissu cellulaire extrêmement dur ; la peau épaisse et ferme ; la graisse sous jacente, surtout au jarret et à la partie supérieure du mollet, transformée en une masse solide, épaisse de quelques lignes à un demi-pouce, de couleur de chair, grumelée, comme dans les dégénérescences lépreuses : l'incision du mollet rendit un son analogue à celui qu'on entend quand on coupe dans un melon ; la texture de la masse dégénérée, assez semblable à la configuration intérieure d'un citron, était composée de cellules remplies, les unes d'une graisse jaunâtre, gélatineuse ; les autres de sérosité limpide. Le tout était parcouru d'un grand nombre de vaisseaux lymphatiques et de quelques vénules extrêmement rares. A l'endroit de la plus grande circonférence du mollet, la masse presentait une épaisseur d'un pied ; dans la profondeur les aponévroses étaient amincies et comme dissoutes ; une grande quantité d'eau se trouvait épanchée entre les fascias et les gaînes musculaires ; les muscles, nommément le tibial antérieur et les gastro-crémiens étaient atrophiés, amincis, pâles, boursouflés. Le dos du pied et l'extrémité inférieure droite présentaient la même configuration et les mêmes désordres. Le liquide écoulé de l'extrémité inférieure gauche pouvait bien être évalué à un litre. Il est à remarquer que ni la sérosité ni le tissu cellulaire des extrémités inférieures ne présentaient la couleur ictérique si généralement prononcée dans la cavité thoracique.

II. Obs. — Une femme âgée de 48 ans, d'une cachexie scrophuleuse, souffrait, à la suite d'une induration du foie, d'un hydrothorax avec œdème considérable des pieds ; à la fin la sérosité suinta à travers les tégumens en telle abondance, qu'au bout de quelque temps le corps de la malade se désenfla complétement et se changea en un véritable squelette. Cependant une inflammation érysipélateuse et des ulcérations ne tardèrent pas à se développer, provoquées sans doute par le contact d'un serum âcre aux endroits qui sont ordinairement le siége des ulcères atoniques. La peau circonvoisine et le tissu cellulaire sous-jacent se transformèrent en un tissu lépreux, et depuis le milieu du tibia

jusqu'à l'avant-pied, il s'était manifesté un véritable éléphantiasis ; les anciennes places ulcérées surtout étaient recouvertes, comme dans le cas précédent, de croûtes épaisses, grisâtres, fendillées et écaillées. Plus haut et plus bas les jambes étaient désenflées. L'anasarque revint au même degré que la première fois, puis se vida de nouveau par les tégumens, sans que la dégénérescence lépreuse en subît de changemens. Il n'y avait point ici, comme dans le cas précédent, une corrélation nécessaire entre l'œdème et la maladie principale, de sorte que l'une ne diminuait pas à mesure que l'autre augmentait, et réciproquement. Une nouvelle récrudescence de l'anasarque, qui cette fois ne disparut point, mit fin à l'existence misérable de la malade. La dégénérescence squirrheuse resta toujours la même.

Obs. III. — Le sujet de la troisième observation est une femme de 36 ans, auparavant toujours bien portante, qui succomba à une hydropisie qui, du tissu cellulaire de la peau, avait fini par s'étendre aux cavités splanchniques. Aucune cause prédisposante n'est indiquée, si ce n'est un refroidissement auquel cette femme s'était exposée.

Dans le courant du traitement, des scarifications furent faites, sur la demande de la malade et au moment du plus grand développement de l'œdème, sur le tibia et sur le dos des mains. Il s'en écoula une grande quantité de sérosité, mais sans soulagement marqué. La malade s'étant refroidie une nuit, il se développa une inflammation érysipélateuse aux deux jambes, qui bientôt fut suivie d'ulcération des endroits scarifiés. Ici encore, la peau et le tissu cellulaire sous-jacent s'arrondirent en bourrelets et formèrent des nodosités se couvrant de croûtes fendillées semblables à l'écorce de chêne; cette dégénérescence ne s'étendit pas, il est vrai, au-delà des endroits ulcérés. On n'observa pas non plus de rapport entre l'affection locale et la maladie principale. Les scarifications des mains guérirent rapidement, sans subir aucune altération morbide.

L'espèce de dégénérescence que nous venons de voir décrite dans les trois observations précédentes, a sans doute la plus grande analogie avec la *lèpre tuberculeuse éléphantine* (jambes des Barbades; éléphantiasis des Arabes). Nous y remarquons en effet cette tuméfaction dure, ces bourrelets et nodosités de la peau du tissu cellulaire sous-jacent et d'une portion du tissu adipeux, qui caractérisent l'éléphantiasis des Arabes ; nous voyons encore, comme cela a lieu dans cette dernière, les jambes être le siége de prédilection de la maladie.

La dégénérescence de nature lépreuse survenant à la suite d'un œdème développé outre mesure est un cas d'anatomie pathologique extrêmement rare. Cependant, si nous examinons la manière dont cette altération est survenue, nous n'aurons plus lieu autant de nous en étonner; en effet, nous retrouvons ici les deux conditions essentielles de la dégénérescence squirrheuse, stase de la lymphe dans les mailles du tissu cellulaire, engorgement des vaisseaux lymphatiques ; plus tard, inflammation de ces mêmes vaisseaux par suite de l'inflammation érysipélateuse de la peau. Une chose doit nous étonner, c'est que cette dégénérescence n'arrive pas plus souvent ; cependant rappelons-nous qu'il n'est pas rare de voir, dans un anasarque prolongé, le bas des jambes acquérir une circonférence et une dureté remarquables, s'accompagnant tantôt de rougeur et de chaleur, et tantôt d'un froid marbré. Selon nous, cet engorgement peut être considéré comme le premier degré de la dégénérescence que nous venons de décrire.

Nos 34 et 35. — 22 et 29 Aout.

PATHOLOGIE EXTERNE.

—

Mémoire sur la nature et le traitement du mal vertébral de Pott: par M. Nichet, chirurgien en chef désigné de l'hôpital de la Charité à Lyon.

La maladie des vertèbres à laquelle Pott a rattaché son nom a été considérée sous des points de vue très-divers. Elle ne fut pour des observateurs inattentifs qu'une espèce de paralysie des membres inférieurs. Cette lésion des extrémités inférieures, Pott montra sa liaison avec une maladie de la colonne et de la moelle épinières, dépendante d'un principe morbifique interne. L'affection vertébrale, si bien étudiée par le chirurgien de Londres, a été appelée tour à tour, *phthisie dorsale*, *cyphose paralytique*, *myélophthisie*, *gibbosité*, *vertébro-malaxie*, *rachio-malaxie*, *rachialgie*, *carie profonde des vertèbres*, suivant l'idée que chaque auteur s'est faite de la nature de l'altération. Parmi ceux qui ont écrit le plus récemment sur ce sujet, les uns regardent l'incurvation de la colonne comme le résultat d'une *inflammation des vertèbres avec ramollissement*. Pour les autres elle n'est primitivement qu'une *ulcération des cartilages inter-vertébraux*. Une autre doctrine considère le mal de Pott comme une affection tuberculeuse des vertèbres. Depuis longtemps j'ai entendu professer par l'illustre professeur Delpech cette opinion, dont l'exactitude m'a été prouvée par un grand nombre de faits que j'ai recueillis dans ces dernières années. Des dissections fréquentes m'ont permis de voir les tubercules des vertèbres sous toutes les formes. Je les ai suivis dans tous les points de la colonne vertébrale, dans les divers degrés de leur développement ; j'ai pu étudier l'influence qu'ils exercent sur le rachis et sur la moelle ; il m'a été donné de saisir des rapports non encore aperçus entre les symptômes et les altérations anatomiques. J'ai décrit plusieurs états de la colonne où l'on aurait pu croire que le mal arrêté dans ses progrès avait été suivi de consolidation. La cause de la différence dans les effets des exutoires a pu être expliquée. Les variétés d'altérations du tissu des vertèbres ont été rattachées à des circonstances spéciales. Dans quelques cas j'ai trouvé que la lésion vertébrale

était indépendante des tubercules. J'ai rapporté ces faits et j'ai exposé le mécanisme qui présidait alors à l'incurvation. Un résultat bien singulier de mes recherches, c'est que presque jamais les vertèbres dans le mal de Pott ne sont affectées de carie en donnant à ce mot son véritable sens. Si désormais on veut continuer à définir le mal de Pott, *une carie profonde des vertèbres*, il faudra trouver un autre nom pour désigner cette affection qui frappe de ramollissement les extrémités spongieuses des os, altère leur composition chimique, produit l'engorgement et l'état fongueux de la membrane médullaire, entraîne à sa suite l'ulcération du tissu osseux avec sécrétion ichoreuse, grise, rouge ou noire.

Obs. I. — Un garçon âgé de trois ans fit un séjour de plusieurs mois à l'hôpital : il était d'une maigreur extrême et portait au milieu du dos une gibbosité anguleuse. Les membres inférieurs, plus maigres encore que le reste du corps, n'exécutaient aucun mouvement spontané, mais ils conservaient encore une sensibilité très-obtuse. Cet enfant s'éteignit subitement après avoir atteint le dernier degré de marasme.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai dans le médiastin postérieur une tumeur molle dont l'enceinte était formée par le ligament vertébral antérieur, auquel les plèvres étaient accolées. Cette poche contenait une matière jaunâtre, de consistance caséeuse, mêlée à une faible quantité de sérosité. La septième vertèbre dorsale était détruite ; il n'en restait qu'un disque de six lignes de diamètre ; il était dur, blanc, nécrosé, et placé entre la sixième et la huitième vertèbre, qu'il tenait à distance. De la matière caséiforme enveloppait ce fragment ; elle pénétrait dans le canal vertébral, où elle formait un dépôt qui déprimait légèrement la moelle et ses membranes, lesquelles n'avaient subi aucune altération dans leur structure. Les corps des six premières vertèbres étaient creusés par des excavations remplies de matière caséeuse tout-à-fait concrète. Les disques intervertébraux débordaient la substance osseuse et conservaient toute leur intégrité. La substance des vertèbres altérées n'avaient rien perdu de sa structure normale : même couleur, même sonoréité que dans l'état naturel ; la consistance était plutôt accrue que diminuée. Le sommet du poumon droit contenait quelques tubercules miliaires.

Le mal vertébral se présente ici avec ses symptômes les plus ordinaires et les plus caractéristiques ; saillie anguleuse de l'épine, mouvement des membres inférieurs anéantis, sensibilité obtuse. Trouvons-nous, comme on l'indique dans les livres, les vertèbres gonflées, ramollies, affaissées, suppurantes ? Rien de cela. Une vertèbre est détruite, mais le peu qui en reste est d'une grande dureté ; d'autres sont creusées par des excavations, mais leur texture est semblable à celle des vertèbres les plus saines ; un dépôt existe au-devant des vertèbres usées, mais la matière qui le forme n'a point les caractères du pus, elle ne diffère en rien des tubercules pulmonaires ou autres, quand ils ont acquis la consistance caséeuse. La colonne a fléchi dans un point, mais le canal conserve son calibre ; et s'il y a compression de la moelle épinière, elle ne vient pas des os, mais de la matière tuberculeuse épanchée au-devant des méninges. Il n'y a donc là qu'usure, érosion des vertèbres par un corps étranger, et ce corps est le tubercule scrofuleux.

Obs. II. — Jean-Pierre Lambert, âgé de 20 ans, lymphatique et déjà épuisé par la maladie, avait été longtemps occupé à peigner du chanvre dans un lieu humide. Lorsqu'il entra à l'hôpital, il portait depuis deux ans une gibbosité extrêmement douloureuse, située au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire ; les membres inférieurs, incomplétement paralysés, permettaient encore la marche avec des béquilles ; leur sensibilité était conservée. Sous l'influence de quatre cautères appliqués autour de la courbure, il put, au bout de deux mois, faire sans appui une courte promenade dans la salle ; cependant on voyait qu'il ne se tenait debout qu'avec de grands efforts ; il succombait sous le seul poids de sa capote. Malgré l'application de nouveaux cautères, les membres inférieurs s'infiltrèrent, il se fit un épanchement de sérosité dans le péritoine, et une escarre gangréneuse se manifesta au niveau de l'épine iliaque droite ; la douleur lombaire devint plus vive, les membres inférieurs restèrent tout-à-fait immobiles, et le malade succomba cinq mois après son entrée à l'hôpital. (Recueillie par M. Barraud, chirurgien interne.)

Nécropsie. Au-devant des cinq dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires, le ligament vertébral antérieur, doublé par le péritoine, forme une poche d'un pouce de saillie, remplie par de la matière tuberculeuse jaunâtre, épaisse, visqueuse. Il ne reste de la première vertèbre lombaire qu'un léger fragment cunéiforme uni à la douzième dorsale par le cartilage qui est intact. La deuxième lombaire, réduite à la moitié de son épaisseur, est coupée obliquement en bas et en avant. Les cinq dernières vertèbres dorsales sont farcies de tubercules à l'état de crudité. Parmi les cavités qui les contiennent, les unes, superficielles, infundibuliformes, sont ouvertes en avant dans le kyste tuberculeux ; les autres, situées au centre de la vertèbre, de forme globuleuse, séparées des cavités voisines par des cloisons, ou en communication avec elles par des ouvertures étroites sont remplies de tubercules dont le volume ne dépasse guère celui d'un gros pois. Deux de ces vertèbres, perforées de part en part, ont permis à la matière tuberculeuse de s'épancher dans le canal vertébral, et de déprimer le ligament postérieur, les méninges et la moelle. Dans la septième vertèbre dorsale, la matière tuberculeuse se présente à l'état d'infiltration ; le corps de l'os se laisse facilement diviser par le scalpel, et la surface de la coupe est d'un blanc jaunâtre. Les cinq dernières vertèbres, délivrées de leur matière tuberculeuse, se montrent inégales, chagrinées, percées à jour ; leur surface est creusée de fosses profondes séparées par des crêtes longitudinales tranchantes, et par des cloisons minces et percillées comme de la dentelle. Cependant leur tissu présente

beaucoup de consistance; il est même plus dur que celui d'une vertèbre saine: percuté avec un instrument, il fait entendre un son éclatant tout opposé au son mat que rend un os ramolli par la carie.

Les loges tuberculeuses sont tapissées par une membrane mince cellulo-vasculaire d'un rouge foncé: on peut la détacher par larges lambeaux; elle est plus épaisse dans les cavités closes que dans celles qui sont ouvertes.

La troisième vertèbre lombaire, vue par devant, ne présente aucune altération, mais la face postérieure de son corps est creusée par une fosse profonde largement ouverte dans le canal vertébral, et remplie de matière tuberculeuse épaissie; cette matière remplit une partie du canal, et occupe une fosse profonde formée par la dure-mère déprimée. Du lieu de cet épanchement jusqu'au milieu du dos, la dure-mère et l'arachnoïde sont pénétrées d'une injection foncée couleur lie de vin. La moelle épinière a conservé sa consistance et son organisation naturelles.

Les cartilages intervertébraux n'ont éprouvé aucune altération.

Les côtes correspondant aux vertèbres malades sont d'une mollesse extrême; le tissu spongieux de leur tête est mou, flexible; la plus légère pression l'aplatit et en exprime un liquide noir.

Les parties molles situées dans le voisinage des vertèbres lombaires contiennent des masses tuberculeuses molles, renfermées dans des kystes à parois lisses. Une masse enkystée, plus volumineuse que les autres, est située au-devant du muscle iliaque gauche, et n'a aucun rapport avec le foyer situé au-devant des vertèbres.

Les deux poumons sont farcis de tubercules à l'état miliaire; le gauche adhère au diaphragme par toute l'étendue de sa base.

Cette observation remarquable méritait d'être rapportée dans tous ses détails, parce qu'on y trouve réunies la plupart des circonstances qui se rattachent à l'histoire des tubercules dans les vertèbres. Je vais les rappeler succinctement. 1° La matière tuberculeuse occupe à la fois la surface et l'intérieur du corps des vertèbres; elle soulève les ligamens antérieur et postérieur; 2° on la trouve sous le double état d'infiltration et d'épanchement; 3° les cavités qui renferment les masses tuberculeuses ouvertes ou closes sont tapissées par des membranes cellulo-vasculaires; 4° des dépôts de matière tuberculeuse se sont développés dans le tissu cellulaire, dans les muscles, dans les poumons, sans doute par la même cause interne qui a produit ceux des vertèbres; 5° plusieurs côtes sont profondément altérées; cette affection, toute différente de celle des vertebres, offre les traits principaux de la véritable carie; 6° le trouble des mouvemens et de la sensibilité des membres inférieurs n'avait pas été très-profond; aussi la moelle épinière légèrement comprimée conservait-elle l'intégrité de sa structure; il y avait eu douleur vive au niveau de la gibbosité; l'altération des membranes, reste d'une phlegmasie chronique, en montre l'origine; 7° si le malade eût vécu plus longtemps, les vertèbres altérées, trop amincies pour supporter le poids du corps, se seraient brisées, et les débris en auraient été dispersés au milieu de la matière tuberculeuse, où on les aurait trouvés sous forme de fragmens nécrosés. On voit qu'il y a loin de ce mode de destruction et d'incurvation à ces prétendus affaissemens des vertèbres ramollies que personne n'a jamais vus.

Obs. III. — Une fille de quatre ans, d'une maigreur extrême, fut apportée à l'hôpital par sa mère, qui nous assura qu'elle venait d'avoir la petite-vérole; mais nous ne vîmes sur la peau que de nombreuses taches de *purpura*. Une saillie anguleuse très-prononcée s'élevait de la région lombaire. Cette enfant poussait des cris plaintifs, agitait tous ses membres tant inférieurs que supérieurs. Si on pinçait ces derniers, elle donnait des signes d'une plus grande souffrance; ainsi la sensibilité et le mouvement y étaient conservés. Elle mourut le lendemain de son entrée.

Nécropsie. Le corps de la première vertèbre lombaire a complétement disparu; il n'en reste que deux fragmens isolés et nécrosés. Les corps des douzième dorsale et seconde lombaire sont réduits à une petite portion cunéiforme.

La onzième vertèbre dorsale et la troisième lombaire se touchent par la partie antérieure de leur corps; leur surface est creusée par des excavations remplies de matière tuberculeuse, et leur structure est conforme à l'état normal. La moelle épinière et ses membranes, parfaitement libres dans le canal, n'ont subi aucune altération. Le ligament vertébral antérieur n'est point soulevé; il est devenu plus court et plus épais, afin de s'accommoder au raccourcissement de la colonne, dont il assure encore la solidité.

Un vaste abcès occupe la profondeur de la région lombaire gauche, la fosse iliaque correspondante, et s'étend sous l'arcade crurale; il contient un demi litre de sérosité mêlée à de la matière tuberculeuse; des tubercules crus sont disséminés dans les tissus voisins. Cet abcès n'a aucune communication avec les vertèbres malades, et doit être attribué à la fonte des tubercules développés sur place. Tous les tissus et les organes sont pénétrés d'ecchymoses de formes et de teintes variées, dont la description ne doit pas trouver ici sa place. Le peu de sang que les vaisseaux contiennent ne forme point de caillots; il est liquide et séreux.

Lorsqu'un dépôt plus ou moins volumineux s'est développé au-devant des vertèbres altérées, on a coutume de regarder la surface des vertèbres comme l'organe sécréteur du pus. Chez cette enfant rien de semblable: nul dépôt, et cependant deux vertèbres avaient complétement disparu; où était donc la matière qui aurait dû nécessairement provenir de leur inflammation ulcérative? Une matière jaune, concrète occupait certaines excavations; mais elle n'était pas le produit d'une inflammation suppurative: elle était enchâssée et comme incrustée dans ces cavités dont les parois très-consistantes ne montraient aucune trace d'injection. C'était donc encore à des dépôts tuberculeux qu'on devait attribuer la destruction des vertè-

bres, d'autant mieux qu'à quelques pouces de distance de la gibbosité, les parties molles étaient pénétrées de dépôts en tout semblables à ceux des vertèbres.

La sensibilité et les mouvemens avaient été conservés dans les membres inférieurs, malgré une courbure très-prononcée. Les nerfs qui terminent la moelle épinière étaient exempts de compression et d'inflammation.

Obs. IV. — Joséphine Maréchal, âgée de vingt ans, admise dans le service de M. le professeur Pointe, portait tous les signes de la phthisie pulmonaire la mieux caractérisée, à laquelle elle ne tarda pas à succomber. Voici ce que nous montra l'ouverture du cadavre : Emaciation du tronc et des membres supérieurs; membres inférieurs infiltrés, épanchement séreux dans les cavités pleurales ; fausses membranes anciennes à la surface des plèvres ; cavernes nombreuses et vastes au sommet des deux poumons, dont les lobes supérieurs sont passés à l'état d'induration, injection très-prononcée de la muqueuse trachéo-bronchique. Le médiastin postérieur est occupé par une vaste poche qui en mesure toute la hauteur; le ligament vertébral postérieur épaissi et doublé par les plèvres, en forme les parois : sa cavité est remplie par de la sérosité trouble tenant en suspension de grosses masses de matière tuberculeuse blanche, homogène, crémeuse. Les corps des vertèbres dorsales, de la deuxième à la dixième inclusivement, dépouillés de leur enveloppe fibreuse, inégaux et comme chagrinés, sont recouverts d'un enduit épais de matière blanche plus épaisse que celle qui distend la cavité. Le cartilage des huitième et neuvième vertèbres a complétement disparu ; leurs corps sont usés en avant et à droite, de sorte que la colonne présente une double inclinaison. Tous les autres cartilages sont intacts, mais on trouve dans leur épaisseur de petits dépôts de substance caséeuse concrète. Au niveau de la deuxième vertèbre, la dure-mère, un peu épaissie, est recouverte d'une légère couche de matière caséeuse. La moelle épinière ne présente aucune lésion. La substance des vertèbres dénudées n'a rien perdu de sa couleur, de sa consistance et de son organisation normale.

Le grand épiploon, épaissi, adhérent aux intestins, est farci de tubercules à l'état caséeux ; on en trouve en grand nombre dans l'épaisseur du péritoine. La muqueuse gastrique, pulpeuse, ramollie, est entièrement recouverte d'une couche de mucosités jaunâtres; entre les muscles abdominaux on trouve plusieurs dépôts de matière tuberculeuse blanche, homogène, crémeuse.

Observée seulement dans les derniers jours de sa vie, lorsque la faiblesse extrême la fixait immobile dans son lit, cette malade ne fut que légèrement examinée; aussi la lésion de la colonne vertébrale n'avait pas été soupçonnée avant l'autopsie cadavérique. Je dois noter seulement la conservation de la sensibilité et des mouvemens des membres inférieurs, en rapport avec l'intégrité de la moelle et de ses membranes.

Cette observation se distingue des précédentes, non-seulement par l'abondance de la matière tuberculeuse au-devant des vertèbres, dans les poumons, dans l'épiploon et le péritoine, dans les espaces inter-musculaires, mais encore par leur développement dans les cartilages intervertébraux, où nous ne les avions pas encore vus. Un de ces cartilages en avait été complétement détruit. Souvent on a cru qu'il y avait ulcération primitive d'un cartilage, tandis que cette ulcération était le résultat de la présence d'un tubercule; si cette production morbide a été absorbée, et qu'il n'en reste point dans le voisinage, le principe du mal reste ignoré.

Nous avons vu les surfaces dénudées et corrodées des vertèbres recouvertes d'une couche épaissie de matière tuberculeuse très-consistante. Cette matière comblait les enfoncemens et proéminait même au-devant des corps vertébraux de telle sorte, qu'on aurait dit au premier abord que ceux-ci étaient gonflés et arrondis. Je ne doute pas que dans beaucoup de cas cette disposition n'ait donné le change, et qu'on n'ait pris souvent pour des gonflemens et des ramollissemens des vertèbres de simples dépôts de matière tuberculeuse. Dans un premier mémoire, Pott cite le gonflement et la mollesse du tissu vertébral comme la lésion la plus commune; mais dans un écrit postérieur il se rétracte formellement, parce qu'il y avait regardé de plus près. Si Pott n'a pu éviter l'erreur, combien d'autres ont dû se laisser tromper par les apparences!

Obs. V. — Un ouvrier en soie âgé de 24 ans, pendant un séjour de quatre mois à l'hôpital, nous présenta les symptômes suivans : tumeur avec fluctuation à la partie supérieure interne de la cuisse droite, occupant la moitié de la hauteur du membre; autre abcès moins volumineux derrière le grand trochanter du même côté; douleurs aiguës dans les lombes et dans la fosse iliaque droite, sans incurvation ; toux ; crachats purulens ; fièvre continuelle avec sueurs dans la nuit ; dévoiement ; mort.

Nécropsie. La face antérieure du corps des deux dernières vertèbres lombaires est recouverte par des masses tuberculeuses larges et aplaties, qui ont soulevé le ligament antérieur et déterminé autour d'elles des végétations osseuses. On trouve un dépôt semblable au-devant du sacrum et de l'os iliaque droit. Le cartilage qui unissait les deux vertèbres déjà nommées a été complétement détruit ; à sa place on trouve de la matière tuberculeuse ; il y en a encore une petite quantité dans le canal vertébral, mais pas assez pour comprimer les méninges. Les deux vertèbres privées de leur cartilage ne se touchent point ; elles sont maintenues à leur distance naturelle par une production de matière osseuse très-solide jetée comme un pont de l'une à l'autre, et liée intimement à leur face antérieure. Le ligament antérieur, soulevé par cette substance nouvelle, lui forme une sorte de gaîne et reprend au-delà ses rapports naturels avec les autres vertèbres. Les surfaces laissées à nu par le cartilage détruit sont tout-à-fait intactes.

Le poumon droit est parsemé de nombreux tubercules crus ; son sommet est parsemé de petites cavernes à surface lisse et membraneuse, contenant de la matière tuberculeuse ramollie. Le poumon gauche, intimement uni à la plèvre costale, est farci d'une multitude de tubercules séparés par d'étroits intervalles, où le poumon est profondément hépatisé.

L'estomac est sain ; l'iléon est couvert d'ulcérations ; la face interne du cœcum est toute envahie par une vaste ulcération ; on en trouve aussi un grand nombre dans le colon ascendant et le colon transverse. Le péritoine contient deux verres de sérosité.

La prostate, très-volumineuse, renferme de nombreux tubercules à l'état de crudité. Un vaste dépôt froid occupe le côté interne supérieur et postérieur de la cuisse. Un litre environ de bouillie tuberculeuse est renfermé dans un kyste à parois cellulo-fibreuses très-épaisses ; cette poche, entièrement close, n'a aucun rapport avec la maladie vertébrale.

C'est encore dans un cartilage que nous observons le développement primitif de la lésion rachidienne ; le tubercule seul peut être accusé de la destruction complète qu'il a subie ; outre que cette matière se rencontre en masses volumineuses dans le voisinage et dans plusieurs autres points du corps, ce qui décèle une disposition très-prononcée à la sécréter, nous la voyons encore occuper la place du cartilage complétement détruit.

Un des principaux caractères du mal de Pott n'a point paru chez ce dernier malade, savoir, la gibbosité : les deux vertèbres fixées par la substance osseuse de nouvelle création ne pouvaient s'incliner en avant ; mais cette circonstance, loin de changer la nature du mal, la fait mieux ressortir ; si les vertèbres étaient, comme on le dit, frappées de carie, verrait-on si souvent des végétations osseuses s'élever de leur surface et suspendre les progrès de la difformité ?

Les abcès froids sont assez fréquens dans le mal de Pott ; mais on pense généralement qu'ils sont symptômatiques de la carie des vertèbres. Plusieurs fois déjà nous les avons trouvés indépendans de la maladie rachidienne. Le vaste dépôt trouvé à la cuisse chez notre dernier sujet offrait le même caractère ; il était certainement le résultat de la fonte de nombreux tubercules scrophuleux développés entre les muscles de la cuisse ; sa position, son enceinte membraneuse, la nature de la substance qui le formait ne permettent pas le moindre doute à cet égard.

Si les lésions du poumon et des intestins n'eussent point abrégé les jours du malade, la colonne vertébrale aurait pu se consolider ; les douleurs lombaires auraient cessé ; la cuisse, délivrée par l'absorption de l'abcès qu'elle contenait, aurait repris son volume et ses mouvemens ; alors on n'aurait pas manqué de dire que le malade était guéri d'une carie vertébrale et d'un abcès par congestion ; double erreur, dans laquelle tombent tous les jours ceux qui méconnaissent les véritables caractères du mal vertébral.

Ces masses tuberculeuses développées au sein des organes peuvent produire seules de véritables abcès par congestion et faire croire à une maladie du rachis qui n'existe pas. L'observation suivante en est une preuve.

Obs. VI. — Jean-Elie Delafeuille, âgé de 34 ans, marchand fripier, ancien militaire, tempérament sanguin, s'était livré à des excès de masturbation dans sa jeunesse, et à des excès de coït, surtout depuis une année, époque de son mariage.

En 1833 il éprouva quelques douleurs dans les lombes ; au mois d'octobre de la même année, après avoir beaucoup dansé, il vit paraître dans l'aine gauche une petite tumeur qui fut prise pour un engorgement inflammatoire. Des sangsues appliquées sur la tumeur même produisirent de petites perforations par lesquelles il se fit un écoulement de pus léger, mais continuel. Pendant tout l'hiver il garda le lit ; les ouvertures de l'aine restèrent ouvertes ; des douleurs se firent sentir dans les jambes, dans l'articulation coxo-fémorale gauche et dans les lombes ; il ne cessa de perdre ses forces. Au printemps il partit pour la campagne ; mais ne pouvant s'y remettre, il entra à l'hôpital au mois de juin 1834.

Alors sa maigreur était extrême ; on voyait dans l'aine gauche plusieurs ouvertures qui donnaient accès à l'air, mais qui ne laissaient sortir le pus qu'avec difficulté. Une large incision les ayant réunies, il se fit un grand écoulement de pus qui soulagea beaucoup le malade. Il sortait chaque jour par cette ouverture un demi-verre de pus tantôt clair, tantôt mêlé à des flocons épais, blanchâtres, membraniformes ; cet écoulement n'avait lieu que lorsque le malade se tenait assis ou debout.

Peu de temps après son entrée, il parut un abcès par congestion au côté supérieur et externe de la cuisse gauche. Plus tard des douleurs très-aiguës se firent sentir dans l'abdomen et dans les lombes ; elles étaient accompagnées d'un dévoiement abondant. En même temps il existait des vomissemens opiniâtres et douloureux. Une bronchite chronique ancienne avec toux fatigante et crachats épais, ne cessait de fatiguer le malade, miné d'ailleurs par une fièvre continuelle et des exacerbations nocturnes. La médecine calmait chacun de ces symptômes à mesure qu'il se montrait, et retardait ainsi la ruine complète de l'économie, lorsqu'une violente pleurésie vint terminer en trois jours la vie du malade. C'est au milieu de mars 1835 que ce funeste événement eut lieu. (Rédigé par M. Renoud, chirurgien interne.)

Nécropsie. L'ouverture fistuleuse de l'aine conduit sur la portion de l'os iliaque gauche qui est au-dessus de l'échancrure sciatique ; on trouve dans ce lieu une masse tuberculeuse du volume d'une noix, dure et en partie ramollie. L'os est dépouillé de son périoste dans un petit espace en contact avec le tubercule, et d'ailleurs parfaitement sain.

De la production tuberculeuse part un trajet fistuleux qui suit le muscle psoas, et conduit à un vaste abcès situé entre les muscles de la cuisse, derrière le petit et le grand trochanter. Les muscles psoas et iliaque noirs, infiltrés, épaissis, se détachent de l'os par la moindre traction. La vessie est dure et engorgée dans sa région qui correspond aux tubercules. Les vertèbres sont toutes parfaitement saines. Toute la face interne des intestins grêles est pénétrée d'une rougeur brune foncée uniforme ; cette injection est très-prononcée dans le cœcum, et décroît toujours en allant vers la fin du gros intestin. La muqueuse gastrique présente une semblable

rougeur, plus foncée dans la région pylorique que dans le reste de son étendue.

La plèvre gauche, profondément injectée, contient une pinte de sérosité trouble.

Le poumon correspondant est passé à l'état d'hépatisation grise ; on y voit du pus infiltré et ramassé en petits foyers ; son tissu se laisse briser avec la plus grande facilité ; il contient quelques tubercules anciens. Le poumon gauche, très-souple et crépitant, est uni à la plèvre par des adhérences solides. Une rougeur vive pénètre la trachée et les bronches jusque dans leurs dernières ramifications.

Aux douleurs lombaires et aux abcès par congestion, qui ne se serait prononcé pour une lésion vertébrale? On admet généralement qu'aux lombes la carie n'occupe souvent que la superficie des vertèbres. Ainsi l'absence de gibbosité n'aurait pas été une raison pour ne pas admettre la carie. La bonne quantité du pus, sa couleur jaune, l'absence de mauvaise odeur, les flocons tuberculeux qu'il contenait ne permirent pas de méconnaître une affection tuberculeuse. Mais quel était son siége précis? La manière dont le pus s'écoulait m'avait fait naître la pensée qu'il pouvait venir d'un autre point que de la colonne vertébrale ; mais je dois avouer que mes doutes n'ont été complétement dissipés qu'après l'ouverture du cadavre.

Je reviens à la destruction tuberculeuse des cartilages vertébraux, dont l'observation suivante nous offre un exemple remarquable coïncidant avec des tubercules naissans situés au milieu de sa substance osseuse.

Obs VII. — Un jeune homme de 20 ans portait un vaste abcès froid dans le flanc gauche, au-dessus de la crête iliaque ; en même temps, on sentait à travers la paroi abdominale, au dessus du ligament de Fallope gauche, une tumeur profonde, dure et douloureuse. La flexion de la cuisse gauche était difficile ; la colonne vertébrale indolente et régulière dans toute sa hauteur. Une ponction faite à l'abcès lombaire en évacua une verrée de pus ; mais ce liquide s'accumula de nouveau, et une autre ponction devint nécessaire. Cette fois un vaste érysipèle phlegmoneux se développa autour de l'ouverture ; il gagna rapidement le flanc et la poitrine, et fit périr le malade en trois jours.

Nécropsie. Le cartilage qui unissait la quatrième vertèbre lombaire à la cinquième, a complétement disparu. La quatrième vertèbre, légèrement lisse et concave sur sa face inférieure, est un peu inclinée en bas, et glisse sur la face supérieure de la cinquième. Une masse volumineuse de tubercules, la plupart à l'état de crudité, est placée au devant de l'espace que le cartilage détruit occupait, et soulève le ligament vertébral antérieur. De la sanie purulente a filtré au-devant des quatre dernières vertèbres lombaires et du sacrum, et les a dépouillés du tissu fibreux qui les enveloppe.

Au niveau du cartilage détruit, on aperçoit à droite et à gauche l'origine des deux abcès par congestion, qui suivent l'un et l'autre le trajet du psoas correspondant, et vont aboutir à la cuisse, derrière le petit trochanter. A gauche, les muscles psoas, iliaque, carré lombaire, sont noirs, ramollis, infiltrés de pus.

La cinquième vertèbre lombaire et le sacrum, sciés par le milieu d'avant en arrière, permettent de voir, 1° au centre de la première pièce du sacrum, un tubercule cru du volume d'une noisette, remplissant complétement une cavité circonscrite, arrondie, à parois lisses et dures, tapissées par quelques vestiges de fausses membranes. Tout autour de ce tubercule, le tissu de l'os n'est ni plus dur ni plus mou que dans l'état ordinaire ; il conserve sa structure normale ; 2° une autre masse de matière tuberculeuse large et plate est située immédiatement sous le cartilage qui unit le sacrum à la cinquième vertèbre lombaire ; ce cartilage est intact ; 3° de la sanie purulente a fusé derrière le corps des vertèbres lombaires, et est venu former un dépôt au niveau de la cinquième ; 4° la dure-mère est très-rouge à l'extérieur. Les nerfs lombaires conservent leur aspect naturel.

Nous trouvons encore ici un cartilage détruit et des tubercules dans son voisinage ; peut-être s'en était-il développé dans son tissu ; on ne saurait l'assurer, vu sa destruction totale. La présence des tubercules que nous avons trouvés était d'ailleurs bien capable d'enflammer ce cartilage et de produire son ulcération ; cela se voit fréquemment dans les articulations ginglymoïdales, et nous allons bientôt en fournir un exemple observé sur l'articulation occipito-vertébrale.

Lorsque la matière tuberculeuse délayée par le pus flotte dans ce liquide en masses diffluentes, une observation peu attentive peut en méconnaître la nature ; mais lorsqu'elle se trouve épanchée en masses homogènes, épaisses, isolées, circonscrites, enveloppées de fausses membranes, comme cela existait dans le sacrum de notre dernier sujet, la ressemblance avec les tubercules des parties molles, et notamment avec ceux du poumon, est trop frappante pour qu'on ne s'empresse pas d'admettre une identité dans leur nature. Et quand sur le même sujet la destruction d'un cartilage ou d'une vertèbre coïncide avec la présence d'une collection tuberculeuse dans le voisinage, doit-on refuser de regarder la première de ces lésions comme dépendante de la seconde parce que la forme et la consistance des tubercules ont subi quelques modifications?

Si le pus qui forme les abcès par congestion venait de la surface cariée des vertèbres, il faudrait que la surface suppurante fût d'une immense étendue pour fournir une quantité de pus égale à celle que contiennent certains abcès. La vérité est qu'on trouve les vertèbres d'autant moins disposées à suppurer que les abcès par congestion sont plus vastes ; en effet, le pus provient : 1° des tubercules qui excitent l'inflammation des parties molles voisines ; 2° des fragmens nécrosés des vertèbres ; 3° du pus déjà formé qui excite la formation du pus ; 4° des mouvemens des vertèbres malades, source continuelle d'irritation. Or, plus ces causes sont prononcées, plus l'abcès est vaste ; mais plus aussi les vertèbres malades sont lisses, dures, éburnées, éloignées par conséquent de cet état où les os sécrètent du

pus. A l'inverse, lorsque le malade a gardé le repos, on trouve les vertèbres inégales, spongieuses; mais alors presque jamais d'abcès par congestion. L'observation nous en fournira plus d'une preuve dans la suite de ce mémoire.

Obs. VIII. — Un soldat du 13me régiment d'artillerie âgé de 22 ans, ressentait à la nuque une douleur qui devenait plus vive dans les mouvemens de rotation de la tête. La tête conservait sa rectitude; il n'y avait à l'endroit douloureux ni tumeur ni inflammation; l'appétit était bon, la respiration, la voix, l'audition s'exerçaient régulièrement; la sensibilité et les mouvemens des membres étaient parfaitement conservés; cependant lorsqu'il était couché, le malade ne pouvait prendre la position assise sans soutenir sa tête avec ses deux mains. Pendant les quatre premiers mois de séjour à l'hôpital, on n'observa d'autres changemens dans l'état de ce sujet qu'un accroissement constant et gradué de la difficulté des mouvemens de la tête; mais alors il survint une vive céphalalgie, et l'on vit paraître sous le côté gauche de l'occipital une tumeur non circonscrite, sans changement de couleur à la peau. En même temps, la tête changea de direction; elle s'inclina sur l'épaule gauche, et la face se tourna à droite. Cette position resta invariable, la voix s'altéra, la mastication devint pénible, la bouche ne faisait que s'entr'ouvrir, les mouvemens respiratoires étaient aisés et réguliers; l'ouïe était bonne, mais les membres étaient faibles, surtout ceux du côté droit; la tête ne pouvait être soulevée qu'à l'aide des deux mains croisées derrière la nuque. Dans les quinze derniers jours de sa vie, le malade ne put plus se tenir assis sur son lit; les deux membres du côté droit tombèrent dans une paralysie complète; la bouche ne pouvant s'ouvrir, l'alimentation devint impossible. La mort arriva cinq mois après le début de la maladie. (Recueillie par M. Vincent, chef interne.)

Nécropsie. La tête du cadavre conserve son inclinaison à gauche et la face est tournée du côté droit. Une tumeur large non circonscrite occupe la région postérieure et supérieure du cou. La peau et les muscles superficiels enlevés, nous trouvons au voisinage des muscles grands obliques deux abcès du volume d'une noix, remplis d'un pus blanc, jaunâtre, épais, granuleux.

A gauche, les surfaces articulaires de l'atlas et de l'axis sont en contact; à droite, la première vertèbre unie à l'occipital s'est éloignée de la seconde de 5 à 6 lignes; la masse latérale droite de l'atlas est portée en arrière, et l'axe antérieur comprime la moelle par son côté droit.

En avant des deux premières vertèbres, sous les muscles longs du cou soulevés, on trouve un amas de matière grumeleuse, épaisse, point de départ d'une fusée purulente qui s'étend jusqu'à la troisième vertèbre dorsale. Des tubercules crus enkystés, placés contre l'atlas et l'axis, ont déterminé à la surface de ces vertèbres plusieurs végétations osseuse.

Au dedans du canal vertébral, entre la dure-mère et les trois premières vertèbres cervicales, nous trouvons à gauche une couche de matière tuberculeuse de 3 lignes d'épaisseur supérieurement, graduellement amincie vers en bas. Les articulations occipito-atloïdiennes et atloïdo-axoïdiennes gauches ont perdu tous leurs cartilages; les os restent dénudés et rugueux. L'articulation atloïdo-axoïdienne gauche, ouverte par son côte interne, renferme de la matière tuberculeuse.

Le sommet de l'apophyse odontoïde est inégal, chagriné; le ligament occipito-odontoïdien gauche a perdu son insertion à cette apophyse. L'articulation atloïdo-odontoïdienne est intacte. Le ligament transverse est entier.

La seconde et la troisième vertèbres cervicales sont unies par une soudure ancienne et peut-être congéniale; elles forment une vertèbre double, dont le corps dénudé en avant est en contact avec un tubercule arrondi, gros comme une noisette.

La partie supérieure de la moelle épinière conserve sa couleur et sa consistance ordinaires; mais, amincie par la présence de la matière tuberculeuse, on la voit reprendre brusquement un volume plus considérable au-dessous de la quatrième vertèbre cervicale.

Le cerveau est sain.

Le poumon gauche est rouge, profondément hépatisé, friable dans son lobe supérieur; il est partout adhérent aux côtes; son tissu est parsemé de tubercules miliaires. Le pus venu du cou s'est répandu sur la plèvre et a produit son inflammation, ainsi que celle du poumon. Le poumon droit, parfaitement crépitant, n'est ni enflammé ni tuberculeux.

Les organes abdominaux ne présentent aucune lésion digne d'être notée.

La physionomie de la maladie vertébrale est toute différente des précédentes dans cette dernière observation, et cependant le principe du mal est exactement le même. Nous y trouvons, 1° des tubercules crus disséminés autour des trois premières vertèbres; 2° une masse tuberculeuse ramollie, principe d'un abcès par congestion; auquel l'altération osseuse est tout-à-fait étrangère; 3° un épanchement tuberculeux dans le canal vertébral dont la présence a rétréci la moelle épinière; 4° une destruction complète des cartilages des deux premières articulations vertébrales gauches; une ulcération du sommet de l'odontoïde, avec décollement d'un des ligamens qui s'y insèrent; désordres qui trouvent leur application dans le dépôt de matière tuberculeuse, tout autour de ces articulations et peut-être dans leur cavités; 5° quant à la paralysie, elle n'était pas seulement l'effet du dépôt tuberculeux, mais il faut surtout l'attribuer au déplacement de l'atlas qui avait produit sur la moelle un rétrécissement en forme de collet, sensible surtout du côté droit. Ce double déplacement de l'atlas en haut et en arrière s'était fait à la faveur d'un grand relâchement des ligamens qui entouraient son articulation axoïdienne droite.

Les seules altérations propres aux os étaient la dénudation des surfaces articulaires, et les crêtes et les aiguilles développées sous l'influence d'une irritation plastique causée par les tubercules.

Lorsque le tubercule scrofuleux a détruit des vertè-

bres situées au-dessous des deux premières, la colonne subit une inclinaison, mais les lames, les apophyses épineuses et transverses invariablement liées ne peuvent glisser les unes sur les autres; aussi la compression de la moelle n'est-elle produite par des parties osseuses que dans des cas très-rares, et que nous aurons soin de signaler. Mais lorsque la maladie a fixé son siége sur les deux premières vertèbres, et que leurs moyens d'union sont relâchés ou détruits, ces deux os glissent l'un sur l'autre; ils interceptent le canal rachidien et compriment la moelle, circonstance dangereuse à cause de la hauteur à laquelle la compression s'exerce. Néanmoins ce n'est pas là la seule cause de la mort dans le fait que nous venons de rapporter; l'inflammation aiguë du poumon et de la plèvre produite par le contact du pus y a pris la plus grande part.

Il est donc incontestable, d'après ce qu'on vient de lire, que la luxation spontanée des deux premières vertèbres cervicales peut s'opérer sous l'influence du tubercule scrofuleux; mais cette grave lésion peut naître sous des conditions différentes, et auxquelles cette production pathologique est totalement étrangère. C'est une vérité que je m'empresse de reconnaître et de confirmer par le fait suivant, remarquable par l'analogie qu'ont ses symptômes avec ceux du précédent, mais très-différent de lui par les lésions cadavériques.

Obs. IX. — Une fille de 15 ans, rentrée à l'hôpital le 12 juin, porte à la région postérieure et supérieure du cou, une tumeur à base large, à sommet aigu et dur, douloureuse sous la pression; la tête est droite et immobile; elle ne peut ni se coucher ni se relever sans la tenir avec ses deux mains: pour regarder à droite et à gauche elle tourne le tronc et la tête tout d'une pièce.

Quatre mois avant l'époque où nous l'observons cette fille a commencé à ressentir de la douleur et de la raideur derrière le cou, la douleur s'étendait jusqu'à la nuque et au vertex, la déglutition et la respiration s'exécutaient péniblement; la tête était inclinée en avant et à gauche; elle ne pouvait se coucher que du côté gauche. La maladie fut prise pour un torticolis.

C'est seulement deux mois après ce début que parut la tumeur du cou. En même temps la tête se redressa et prit la position que nous lui voyons. La déglutition et la respiration n'ont pas cessé de se faire avec difficulté. Deux cautères sont ouverts sur les côtés de la tumeur.

Quelques jours après l'application des cautères, la tumeur paraît moins volumineuse; la tête commence à se fléchir et à se redresser, mais la rotation est toujours impossible.

Le 3 juillet, la malade fait éprouver à la tête de légers mouvemens de rotation, mais en compensation elle accuse pour la première fois, un sentiment de faiblesse dans les membres supérieurs; sa volonté ne peut plus les élever. Les doigts se contractent encore avec une certaine énergie; la déglutition et la respiration sont plus libres depuis l'application des cautères.

A la fin de juillet la faiblesse musculaire gagne les membres inférieurs; elle ne cesse d'augmenter dans les mois d'août et de septembre. A la fin de ce dernier, la malade n'exécute plus aucun mouvement de ses membres. La sensibilité de la peau s'est toujours conservée. J'ai essayé la strychnine dès l'apparition de la faiblesse des membres; d'un huitième de grain elle a été portée en deux mois jusqu'à un grain et demi par jour. Il est survenu des contractures douloureuses, mais les mouvemens volontaires n'ont pas cessé de décroître.

Le 28 septembre, fièvre suivie de varicelle; l'éruption se fait régulièrement; la maladie principale n'en reçoit aucune influence.

Le 3 octobre, le matin les pustules sont en pleine suppuration; la fièvre est très-forte; le soir à neuf heures, la malade est prise d'une grande difficulté de respirer. Les forces lui manquent pour élargir la poitrine; elle prie qu'on lui soulève les côtes; elle veut qu'on lui secoue la tête; cette grande oppression se termine à quatre heures du matin par la mort.

Nécropsie. La face regarde à droite; la tête est inclinée à gauche et en avant; les muscles correspondant à la tumeur du cou sont intacts; aucun liquide ne les infiltre; leur dissection met à découvert les deux premières vertèbres du cou. L'apophyse épineuse de l'axis fait en arrière une saillie très-prononcée et forme le sommet de la tumeur. La masse latérale gauche de l'atlas a glissé sur la surface articulaire correspondante de l'axis, de telle sorte que l'extrémité postérieure de la première presse sur l'extrémité antérieure de la seconde; à leur point de contact ces deux surfaces sont dépouillées de leurs cartilages et rugueuses. A droite l'atlas n'a pas glissé en avant, mais il est élevé de quelques lignes au-dessus de l'axis. L'arc antérieur de l'atlas pousse le pharynx en avant. L'apophyse odontoïde intercepte le canal vertébral; entre elle et l'arc postérieur de l'atlas il n'y a qu'un espace de deux lignes occupé par la moelle qui s'y trouve étranglée. L'espace abandonné par l'odontoïde est comblé par du tissu cellulaire infiltré d'une sérosité citrine. Le sommet de l'odontoïde est rugueux et surmonté par deux crêtes osseuses, correspondant aux points d'attache des ligamens odontoïdiens latéraux. A la base de la même apophyse on voit en arrière une rainure profonde creusée par la pression du ligament transverse. Les articulations atloïdo-occipitales sont intactes.

Les ligamens qui entourent les articulations atloïdo-axoïdiennes latérales, parfaitement conservés, ont tous subi un tiraillement et une obliquité proportionnés à l'étendue du déplacement antérieur de la première vertèbre. La substance fibreuse qui se porte de l'atlas à l'axis, derrière l'odontoïde épaissie et confondue avec les ligamens odontoïdiens, forme une masse résistante couchée obliquement entre les deux vertèbres écartées.

Les cartilages articulaires n'ont disparu que dans les deux points très-circonscrits de l'articulation gauche des deux premières vertèbres, par lesquels ces os sont en contact; partout ailleurs leur blancheur est naturelle et leur poli parfait.

Dans le lieu de son étranglement la moelle n'a pas plus de deux lignes d'épaisseur; sa mollesse est extrême. Incisée elle présente une teinte grise qui

disparaît dès qu'elle a repris son volume naturel.

La dure-mère et l'arachnoïde spinales exemptes de toute lésion contiennent une petite quantité de sérosité limpide. Il n'y a ni pus ni matière tuberculeuse autour ou à l'intérieur des articulations malades.

Les viscères crâniens et thoraciques n'ont éprouvé aucune lésion notable. Une injection vive et uniforme occupe le grand cul-de-sac de l'estomac et toute l'étendue de l'intestin grêle.

Les deux observations qu'on vient de lire nous offrent pour caractères communs la douleur au cou, l'inclinaison de la tête, la tumeur sous l'occipital, la paralysie, la difficulté croissante de respirer, la mort; la luxation de la première vertèbre sur la seconde, la compression de la moelle, l'ulcération des cartilages.

Les différences, les voici. Le jeune homme de la huitième observation portait tous les traits de la constitution scrophuleuse; la jeune fille maigre, sèche, n'avait aucun des caractères du vice scrophuleux. Chez le premier, la tumeur sous-occipitale formée par des masses tuberculeuses déposées entre la peau et les vertèbres était large, molle, légèrement bosselée; chez la seconde, cette tumeur était circonscrite et à sommet aigu. Chez l'un, la paralysie n'existait que d'un côté, chez l'autre, les quatre membres avaient fini par perdre tout mouvement et toute sensibilité. La jeune malade pouvait encore un peu fléchir et tourner la tête; le militaire la tenait dans la plus grande immobilité. Celui-ci éprouva toujours une grande difficulté d'avaler, produite par un abcès derrière le pharynx et l'œsophage. Celle-là n'éprouva que passagèrement ce symptôme, et n'eut ni abcès, ni tubercule derrière le pharynx.

Des deux côtés compression de la moelle, mais chez l'homme elle était produite par l'arc antérieur de l'atlas, élevé d'abord au-dessus de l'odontoïde et porté ensuite en arrière; chez la femme la moelle était pressée entre l'odontoïde et la première vertèbre luxée en avant. Aussi chez elle la tumeur était-elle due à l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre, tandis que chez l'autre elle était formée par l'arc postérieur de l'atlas et par les tubercules. Dans l'observation n° 8, nous trouvons une destruction complète des cartilages des quatre surfaces articulaires gauches : décollement du ligament odontoïdien gauche : et pour expliquer tous ces désordres, de nombreux tubercules scrophuleux répandus tout autour de ces articulations. Dans l'observation n° 9, l'articulation atloïdo-axoïdienne gauche est seule affectée; sa lésion se borne à une ulcération peu étendue des cartilages que nous sommes obligés de considérer comme primitive, puisque nous ne trouvons dans le voisinage aucune altération organique qui puisse fournir la raison de son développement.

Il est très-important de remonter au principe du mal par l'analyse des symptômes, car bien qu'au fond le traitement ne diffère pas dans les deux cas, il n'est pas moins vrai que le succès sera plus probable dans l'ulcération simple que lorsque cette ulcération sera produite par des tubercules, cause inamovible d'irritation, source d'abcès par congestion qui peuvent seuls causer la mort.

Obs. X. — Un petit bossu âgé de 11 ans fut admis à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles. A son entrée, la respiration était très-pénible; le cœur battait avec force; la face était violette, le ventre tuméfié; les mouvemens et la sensibilité étaient parfaitement conservés; il succomba trois jours après. Nous fîmes l'autopsie cadavérique avec M. le docteur Roy, alors interne de la salle, qui voulut bien me donner les renseignemens qui précèdent.

Nécropsie. Le sternum et les côtes forment en avant une voussure fortement prononcée; une gibbosité à sommet aigu s'élève dans l'espace interscapsulaire; la tête est renversée en arrière, les épaules élevées, les membres parfaitement conformés.

La portion cervicale de la colonne est fortement concave en arrière; au bas du cou, la série des apophyses épineuses change tout à coup de direction; elle devient horizontale jusqu'à la sixième vertèbre; au-dessous, la direction change de nouveau, et la colonne devient oblique en bas et en avant; de sorte que vu par-derrière, le rachis forme deux angles, l'un aigu et saillant, dont le sommet répond à la sixième vertèbre dorsale; l'autre droit et rentrant, dont le sommet se trouve à la septième vertèbre cervicale.

Les apophyses transverses bien conservées restent solidement unies aux côtes. Au lieu d'être placées de champ les unes au-dessus des autres, les six premières côtes forment un plan horizontal. Les six dernières côtes se touchent par leurs bords; il reste à peine entre elles quelques traces des muscles intercostaux.

La portion dorsale de la colonne présente en avant un angle rentrant, au sommet duquel on sent que la continuité du rachis est interrompue. Les deux vertèbres les plus voisines sont unies par une membrane fibreuse épaisse qui ne fait en avant aucune saillie. Après avoir divisé cette enceinte fibreuse on arrive dans une cavité qui contient une cuillerée de matière molle butireuse, semblable à la substance grasse que l'on trouve si fréquemment dans les kystes de l'ovaire. C'est de la matière tuberculeuse pure et qu'aucun liquide n'a délayée. La deuxième et la onzième vertèbres dorsales forment les limites supérieure et inférieure et de cette cavité; les huit corps vertébraux intermédiaires, complètement détruits, ont permis à ces deux vertèbres de se rapprocher jusqu'au contact; leur surface est lisse, dure, éburnée; le fond de l'excavation dont nous parlons est occupé par le ligament vertébral postérieur, tendu, résistant et fixé latéralement aux têtes des côtes et aux lames des vertèbres détruites. Derrière cette membrane, les méninges et la moelle, parfaitement intactes et exemptes de toute compression, sont logées dans une gouttière profonde presque circulaire, formée par les lames des huit vertèbres détruites et par les têtes des côtes qui leur sont encore unies. Ces têtes, placées sur deux lignes courbes, sont fortement pressées les unes contre les autres; celles du milieu sont même écrasées, et les cordons nerveux qui

passent dans leurs intervalles sont aplatis en forme de rubans.

Cette colonne ainsi pliée et privée de huit corps vertébraux est loin d'avoir perdu toute sa résistance. En pressant sur son sommet, il faut faire un grand effort pour augmenter sa flexion. On voit que le poids de la tête et des membres supérieurs a dû être supporté par les lames vertébrales et les têtes de côtes liées et une seule masse, et que la résistance des ligamens interépineux a seule empêché tout cet appareil de bascule en avant.

Une masse de matière tuberculeuse a creusé une excavation dans le corps de la douzième vertèbre dorsale. On trouve un autre dépôt de cette matière dans le trou de conjugaison gauche des neuvième et dixième vertèbres dorsales, et dans la portion de cartilage qui a survécu à la destruction de leurs corps.

Les poumons sont souples, crépitans, non tuberculeux. Le cœur est intact; le foie très-volumineux, gorgé de beaucoup de sang. Le péritoine contient un demi-litre de sérosité.

C'est encore le tubercule scrophuleux qui constitue le principe de cette grave altération de la colonne vertébrale. Nous avons pu voir cette production morbide à la fois dans le tissu vertébral, dans un cartilage, et à l'endroit où la continuité du rachis était interrompue. Mais comment la lésion organique a-t-elle procédé pour faire ainsi disparaître une aussi vaste étendue de la tige vertébrale? Généralement cette destruction peut avoir lieu de plusieurs manières. 1° Lorsque le tubercule attaque le corps d'une vertèbre, il y creuse des vides si larges, il le réduit à des cloisons si minces, qu'il devient incapable de supporter le poids des parties supérieures; il se brise en éclats, et la flexion de l'épine se produit brusquement; 2° le tubercule situé au-devant du corps d'une ou de plusieurs vertèbres les use d'avant en arrière; 3° lorsque le tubercule développé dans un cartilage a opéré sa destruction, les deux vertèbres qu'il séparait s'usent par le frottement; puis vient le tour des cartilages et des vertèbres qui suivent, sans cesse rapprochées par la flexion de plus en plus prononcée de la colonne. C'est vraisemblablement par ce dernier procédé qu'on disparu les vertèbres chez le sujet de l'observation précédente. L'écrasement brusque des vertèbres aurait laissé des séquestres osseux dont nous n'avons trouvé aucune trace. L'usure antéro-postérieure ne s'opère guère sans qu'il se forme un dépôt séro-tuberculeux sous le ligament vertébral antérieur soulevé. Ici cet abcès n'existait point et le ligament vertébral épaissi ne formait aucune saillie. D'un autre côté, le temps qui a été nécessaire pour mettre les apophyses épineuses, les lames des vertèbres et les côtes dans les nouveaux rapports qu'elles présentaient et qui suffisaient pour assurer la solidité de la station et l'intégrité de la moelle; ce temps, dis-je, se concilie bien avec la lenteur de la destruction par le procédé du frottement.

Comment expliquer la difficulté de respirer, les palpitations, l'engorgement du foie, l'ascite, qui accompagnent ces déformations du rachis et qui ont précédé la mort chez notre malade? Ces accidens sont communément attribués au rétrécissement du thorax; mais ici le thorax n'était pas rétréci; sa forme était bien changée, mais sa capacité était restée la même; les poumons exempts d'altérations occupaient autant d'espace que dans l'état ordinaire. La surface qui recevait le sang avait autant d'étendue que dans l'état normal. L'altération de la forme du thorax et les changemens survenus dans les puissances inspiratives sont le véritable principe de tous les accidens; en effet, le rapprochement des côtes, la destruction de leurs articulations postérieures, l'atrophie des muscles intercostaux, la compression des nerfs qui s'y distribuent ne pouvaient manquer de troubler le jeu de la charpente thoracique, de gêner le cours du sang à travers le poumon et d'altérer profondément l'hématose.

Sur ce même sujet, nous avons vu les mouvemens et la sensibilité des membres inférieurs parfaitement conservés; c'est que malgré la flexion extrême de la colonne, la moelle était préservée de compression et d'irritation.

La colonne vertébrale, altérée et déformée comme nous venons de le voir, peut supporter les fatigues de la marche et de la station pendant très-long-temps, et l'on pourrait alors supposer que les progrès de la lésion organique sont arrêtés définitivement, soit par l'union de deux vertèbres, soit par le développement de colonnes osseuses; erreur qu'une observation prolongée peut seule détruire.

Obs. XI. — Un jeune homme de 24 ans porte une gibbosité au milieu de la région dorsale; sa colonne est fléchie à angle droit. En remontant vers la tête, on trouve une courbure à concavité postérieure. Les jambes sont si faibles qu'elles ne soutiennent plus le poids du corps; si l'on cesse de les soutenir, elles tombent comme une masse inanimée, la sensibilité y est très-obtuse. Le sternum bombe fortement en avant.

Ce jeune homme raconte qu'il y a huit ans, étant tombé d'un cheval, celui-ci lui asséna un si vigoureux coup de pied sur le lieu de la gibbosité, qu'il ne put se relever. Dès ce moment la flexion du rachis commença à se produire, et les jambes devinrent faibles. Pendant les cinq années qui suivirent cet accident, on lui appliqua successivement trois cautères près de la gibbosité. La paralysie diminua, mais ne disparut pas complétement; il eut l'imprudence de laisser clore ces exutoires, et la paralysie devint complète. A cette époque il vint passer deux mois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où on lui appliqua quatre cautères à la fois; l'effet en fut si favorable, qu'il put labourer quinze jours après son retour chez lui. Maintenant il vient encore réclamer les secours de l'art contre sa paralysie revenue par suite de la suppression des exutoires. Je lui fais appliquer de nouveau deux larges cautères sur les côtés de la gibbosité. Au bout de quinze jours il marche avec facilité; la respiration, qui était gênée, reprend toute sa liberté; il sort pour retourner au labourage, seul travail auquel il puisse se livrer, parce qu'il trouve un point d'appui sur le manche de la charrue.

Il faudrait bien se garder de croire à la guérison complète de ce malade. En combattant l'inflammation des méninges et de la moelle, les exutoires ont redonné aux membres inférieurs leur force et leur sensibilité, mais ils n'ont rien fait pour rétablir la continuité du rachis, les vertèbres ne cessent de s'user par le frottement; l'inclinaison de la colonne deviendra de plus en plus prononcée, la gêne de la respiration ira toujours croissant, et la mort en sera le résultat. Voici encore une observation analogue aux deux précédentes, avec des modifications dépendant du siége de la maladie.

Obs. XII. — Une fille âgée de 11 ans portait depuis cinq ans une flexion anguleuse de la colonne vertébrale, dont le sommet correspondait à la septième vertèbre cervicale; le menton touchait la partie supérieure du sternum; la région lombaire et la partie supérieure de la région cervicale offraient une courbure à concavité postérieure. Le sternum était poussé en avant, et la poitrine déprimée latéralement. Ses parens me racontèrent qu'en marchant à reculons, elle était tombée, et que la partie inférieure du cou avait frappé contre une grosse pierre. Depuis cet événement qui datait de cinq ans; le cou se courba peu à peu sans douleur, et en quelques mois la difformité arriva au degré qu'on lui voyait maintenant. Il n'y eut jamais de paralysie; la déglutition ni la digestion ne furent troublées à aucune époque; mais elle éprouvait souvent de la fièvre et une forte oppression. La diète et les adoucissans mirent bientôt fin à ces accidens. Alors les parens me prièrent avec instance de tenter quelques moyens pour redresser l'épine. L'idée que je m'étais formée de la nature de cette difformité, était loin de me conduire à l'emploi des moyens mécaniques; cependant je tentai une extension modérée, plutôt pour convaincre les parens de son inutilité, que dans l'espoir de restituer au rachis ses formes naturelles. Mes prévisions se réalisèrent. De la fièvre et de la dyspnée survinrent chaque fois que la colonne fut soumise à une très-légère traction qui n'avait qu'une heure de durée. Depuis dix mois que la maladie a été livrée à elle-même, l'inclinaison de la partie cervicale du rachis a augmenté; la mâchoire appuie sur le sternum par toute l'étendue de sa base; aucune fonction n'est encore gravement altérée.

Dans les deux observations qui précèdent, l'existence des tubercules n'ayant pas été constatée par l'autopsie cadavérique, on pourrait la révoquer en doute et attribuer la maladie à l'inflammation d'un cartilage distendu par suite de la percussion et du tiraillement dont le rachis a été l'objet; je conçois très-bien qu'un cartilage intervertébral, ulcéré par suite d'une inflammation traumatique, laisse à nu deux vertèbres qui s'usent par le frottement. Au fond c'est toujours le même procédé que dans le tubercule. Le tubercule, en effet, ne détruit le cartilage qu'en déterminant son inflammation. Cependant on serait dans l'erreur si l'on regardait comme non-tuberculeuses toutes les gibbosités dans lesquelles il y a eu chute sur le rachis, distension ou percussion de cette tige osseuse. Il est peu de sujets qui ne rapportent leur maladie à quelque événement de cette nature, et cependant on trouve des tubercules à l'autopsie; ou bien ceux-ci existaient avant l'accident, et ils ont favorisé la chute en rendant la station moins solide, ou bien l'irritation traumatique a excité le développement des tubercules auxquels le malade était disposé par sa constitution. C'est ici la même question que pour les tubercules pulmonaires, que les uns regardent comme l'effet du catarrhe, tandis que d'autres regardent le catarrhe comme produit par les tubercules latens. Quoiqu'il en soit, on ne saurait nier que dans la plupart des cas, les violences extérieures ne jouent un rôle très-accessoire dans la production des gibbosités; entre autres exemples, je choisirai l'observation suivante.

Obs. XIII. — Catherine Chaîne, âgée de 10 ans, née d'un père scrophuleux a conservé une assez bonne santé jusqu'à l'âge de 9 ans. En septembre 1833, en jouant avec des enfans de son âge, elle fut poussée avec violence : pour éviter la chute, elle fit un grand effort de redressement du tronc, il n'y eut point de douleur dans le moment, mais au bout d'un mois elle sentit une raideur de la colonne vertébrale très-prononcée, surtout quand, étant assise, elle essayait de se lever; elle fléchissait le tronc avec beaucoup de peine; pour ramasser un corps placé à terre, elle se rapprochait de lui, fléchissait les genoux et s'inclinait de côté, mais jamais directement en avant. C'est alors que ses parens découvrirent une tumeur dure près de la base du rachis.

Vers la même époque il survint un gonflement indolent sur la malléole externe du pied droit; il s'y forma un abcès au bout de trois mois, et le pus qui s'en écoulait était mal lié, rougeâtre, inodore. Les mouvemens et la sensibilité existaient dans tous les membres.

En février 1834 il survint à la partie supérieure interne de la cuisse droite plusieurs tumeurs petites, ovoïdes, dures, bien distinctes d'abord; elles grossirent et se réunirent bientôt en une seule tumeur molle, fluctuante et couverte d'une peau violacée.

Considérée comme un abcès par congestion, cette tumeur fut livrée à elle-même, et ne s'ouvrit spontanément qu'au mois de novembre. Le pus qui en sortit était d'un blanc jaunâtre, d'une odeur désagréable, et contenait un grand nombre de flocons blanchâtres; l'ouverture resta fistuleuse. Avant l'ouverture de l'abcès, les forces étaient assez bien conservées; l'appétit et le sommeil étaient bons; il y avait parfois un peu de toux; les membres jouissaient de toute la liberté de leurs mouvemens, excepté la cuisse droite, qui restait habituellement fléchie sur le bassin, et ne pouvait en être éloignée qu'avec douleur. Mais l'époque de l'évacuation spontanée du pus fut marquée par un amaigrissement rapide, une fièvre continue avec exacerbation le soir, une toux fréquente et sèche, la perte de l'appétit, etc. Ces symptômes, auxquels se joignirent ceux de la phthisie pulmonaire, ne firent qu'augmenter jusqu'aux premiers jours de janvier 1835, époque de la mort. Les membres inférieurs conservaient toujours leurs mouvemens et leur sensibilité. Il n'y eut jamais

de douleur dans le lieu de la courbure rachidienne.

Nécropsie. Crâne non ouvert.

Thorax. Poumons farcis de tubercules réunis en masses ou de matière tuberculeuse infiltrée.

Abdomen. Tous les viscères sont pâles ; la muqueuse intestinale est blanche ; aucun ganglion mésentérique n'est engorgé. Le foie contient un petit tubercule enkysté. L'aponévrose lombo-iliaque est épaissie ; incisée, elle laisse voir le muscle psoas presque détruit et remplacé par une vaste collection purulente, étendue depuis la première vertèbre lombaire jusqu'à l'arcade sus-pubienne, sous laquelle elle passe pour gagner les régions internes postérieure et antérieure de la cuisse dont elle a dénudé tous les muscles. Les parois de ce foyer sont tapissées par une fausse membrane assez consistante. En haut, ce foyer communique avec la cavité creusée dans les vertèbres par le trou de conjugaison qui donne passage au premier nerf lombaire. Le corps de la deuxième vertèbre lombaire est presque entièrement détruit ; il ne reste que la portion postérieure, celle qui forme l'enceinte du canal vertébral, de sorte que la vertèbre a comme l'atlas la forme d'un cercle. Le ligament vertébral postérieur décollé et tapissé par une fausse membrane rougeâtre, forme une petite cavité en communication avec le foyer purulent par le trou de conjugaison déjà mentionné. Les première et troisième vertèbres lombaires se touchent ; elles sont usées en partie par le frottement, et creusée d'excavations semi-ovoïdes remplies de matière tuberculeuse concrète et limitée en avant par le ligament vertébral antérieur fortement épaissi.

Les surfaces osseuses dénudées sont dures, rouges et tapissées en quelques points par des membranes minces et vasculaires. On trouve quelques portions d'os isolées, nécrosées et percées d'un grand nombre de trous.

La partie la plus saillante de la gibbosité correspond à la terminaison de la moelle, qui descend jusqu'à la troisième vertèbre lombaire. Les membranes, légèrement épaissies, n'ont subi aucune dépression.

La fistule correspondant à la malléole externe aboutit à une cavité creusée dans l'extrmité inférieure du péronée, tapissée par une fausse membrane, et contenant un séquestre de tissu spongieux. L'articulation tibio-tarsienne est saine. L'extrémité du tibia, l'astragale et le calcanéum sont ramollis et contiennent une matière grasse jaunâtre. (Communiquée par M. Bouchacourt, chirurgien interne.)

Il est difficile de ne pas attribuer à la distension du rachis une influence sur le développement de la maladie. Comment croire, en effet, que la gibbosité serait venue a point nommé si peu de temps après l'accident? Mais si l'on considère l'âge de l'enfant, l'état scrophuleux des parens, le développement simultané de lésions de nature scrophuleuse dans plusieurs organes, on reconnaîtra une disposition très-prononcée à la production du tubercule, que la violence extérieure n'a fait que mettre en jeu.

La paralysie ne nous a jusqu'ici occupés que d'une manière accessoire ; dans les observations déjà rapportées, le plus souvent elle n'existait pas ; d'autres fois, on l'a trouvée à un faible degré ; dans quelques cas enfin, elle était très-prononcée et a toujours coïncidé avec une forte compression de la moelle. Nous allons maintenant chercher à saisir les rapports qui existent entre ce symptôme et les diverses altérations du rachis et de la moelle épinière.

Obs. XIV. — Joseph Regis Villard, âgé de 26 ans, a servi pendant trois ans, deux ans comme cavalier et un an comme fantassin ; il était alors fort adonné à la masturbation. C'est vers la fin de 1831 qu'il sentit les premières atteintes de son mal. Pendant un effort pour soulever un lourd fardeau, il éprouva dans les lombes une si vive douleur qu'il eut bien de la peine à se redresser. Cette douleur se calma pour revenir souvent dans les divers mouvemens du tronc ou de la tête. S'il courait, la douleur se faisait sentir dans les flancs ; il était obligé de s'arrêter ; ses jambes étaient lourdes.

Ce n'est que six mois après ces premiers accidens que la gibbosité vertébrale fixa son attention ; il encourait souvent des corrections de la part de ses chefs pour sa mauvaise tenue à cheval. On finit par le faire passer dans l'infanterie, où il servit encore une année après laquelle il fut définitivement reformé, deux ans après l'invasion des premiers symptômes.

Après une longue route qu'il fit à pied pour retourner dans son pays, ses jambes devinrent douloureuses et difficiles à mouvoir ; il ne pouvait marcher que pour se rendre du premier étage au rez-de-chaussée ; il restait assis tout le jour ; le feu le plus ardent ne pouvait le garantir du froid aux extrémités inférieures ; le soir, lorsqu'il voulait monter l'escalier, il était obligé de transporter ses jambes d'une marche à l'autre avec ses deux mains.

Lorsqu'il fut admis dans mon service, il portait une gibbosité au niveau de la neuvième vertèbre dorsale ; les membres inférieurs étaient flasques et tombaient comme des corps inertes ; les pincemens les plus forts n'étaient point perçus jusqu'au niveau de l'ombilic ; la vessie se laissait distendre par l'urine, et on était obligé de le sonder plusieurs fois par jour.

Deux larges cautères furent appliqués sur les côtés de la gibbosité, et le malade resta étendu dans son lit. Sous l'influence de ce traitement les mouvemens et la sensibilité revinrent aux membres inférieurs ; au bout de deux mois, il pouvait les tenir élevés et les porter dans tous les sens, et il sentait vivement les pincemens exercés sur la peau ; le cathétérisme était devenu inutile.

Après cinq mois de traitement il put se promener dans la salle avec le léger appui d'un bâton ; mais encore les muscles du dos étaient faibles, et je lui fis garder le lit pendant plus de deux mois. Après une année de séjour à l'hôpital, les membres et le tronc avaient acquis toute la force et la souplesse qu'on pouvait désirer ; malgré la flexion de la colonne, restée la même qu'au début du traitement, le malade marchait presque toute la journée. Quarante cautères avaient déja été appliqués successivement ; et ce jeune homme se croyant guéri demandait avec instance qu'on lui supprimât les deux derniers.

Au mois de mars 1835, ayant eu l'imprudence de se coucher à un soleil brûlant, il fut frappé d'une arachnitis cérébrale à laquelle il succomba.

Nécropsie. Les vertèbres affectées sont les neuvième et dixième dorsales ; la partie antérieure de leur corps a disparu ; on en trouve de nombreux débris nécrosés, mêlés à de la matière tuberculeuse diffluente. Une certaine quantité de cette matière a filtré au devant du ligament vertébral postérieur, par un petit espace ménagé à gauche entre les deux vertèbres malades. Au niveau de cet épanchement la dure-mère offre une tache brune de la largeur d'une pièce de trente sols. La moelle épinière ne présente aucune altération sensible. La huitième vertèbre a subi un commencement de destruction. Sa surface et ce qui reste des deux vertèbres suivantes sont transformés en un tissu blanc, dur, éburné. Les cartilages qui unissaient les vertèbres malades sont réduits en une matière muqueuse adhérente aux inégalités des os. Le ligament vertébral antérieur, dans le lieu qui correspond aux vertèbres détruites, est très-épaissi et légèrement soulevé par deux ou trois cuillerées de sérosité qui tient en suspension de la matière tuberculeuse.

Les poumons sont crépitans et ne renferment aucun tubercule.

L'arachnoïde et surtout la pie-mère sont profondément injectées.

Sur le côté gauche des trois premières vertèbres lombaires, entre le psoas et le péritoine, se trouve un vaste kyste parfaitement circonscrit et rempli de matière tuberculeuse diffluente.

Ce jeune homme fit un effort qui fut suivi de douleur dans le dos et d'incurvation ; cet effort ne fut certainement qu'une cause occasionelle, car depuis longtemps le malade avait contracté l'habitude de la masturbation, et il éprouvait de la faiblesse dans les reins.

Il a pu faire un long service avec sa gibbosité, ses jambes n'étant point paralysées : ce n'est qu'à une époque avancée de la maladie que la paralysie a paru. L'ouverture du cadavre a montré que la destruction des vertèbres avait procédé d'avant en arrière ; elle a dû commencer dans le point le plus éloigné de la moelle, et l'époque où la paralysie s'est montrée doit correspondre au moment où la destruction d'une portion postérieure du corps des vertèbres a laissé tomber dans le canal vertébral une certaine quantité de matière tuberculeuse. Il en est résulté pour les méninges et la moelle une légère compression et une inflammation qui ont donné lieu à la paraplégie. A la vérité, nous n'avons trouvé que de bien faibles traces d'inflammation ; mais les exutoires entretenus et renouvelés pendant plus d'une année ont dû combattre cette inflammation et faire ainsi disparaître la paralysie.

Il est important de remarquer la forme de la paralysie ; il n'y avait point cette raideur comme tétanique si fréquente dans le mal de Pott ; les membres étaient, au contraire, flasques et indolens ; cela coïncide avec le peu d'énergie de la cause irritante et avec l'inflammation peu profonde de la moelle. Aussi les mouvemens et la sensibilité sont-ils facilement revenus sous l'influence des moyens de l'art. Nous verrons dans un instant d'autres lésions anatomiques coïncider avec d'autres formes de paralysie.

Remarquez encore la dureté et le poli des vertèbres altérées, et mettez-les en rapport avec les mouvemens que le malade a exécutés avant sa paralysie et après la complète disparition de ce symptôme.

Je dois mentionner enfin le vaste foyer tuberculeux isolé dont nous avons déjà trouvé plusieurs exemples, et qui est un argument en faveur de la nature tuberculeuse de la maladie vertébrale.

Si un accident n'eût pas abrégé la vie de ce malade, les vertèbres se seraient usées par le frottement continuel, la flexion de la colonne n'aurait fait qu'augmenter, la poitrine se serait déformée, les côtes se seraient rapprochées jusqu'au contact, et après quelques années on aurait trouvé les mêmes lésions que chez le sujet de l'observation X.

Obs. XV. — Un homme de 35 ans entre à l'hôpital pour une gibbosité peu prononcée au milieu du dos, accompagnée de faiblesse dans les membres inférieurs ; on lui applique des cautères au voisinage de l'incurvation ; la force ne tarde pas à revenir aux membres et le malade quitte l'hôpital. De retour chez lui il laisse fermer les cautères, et la paralysie reparaît. Rentré à l'hôpital au bout de trois mois, il peut marcher, mais avec lenteur et précaution. Il a besoin d'un appui ; la sensibilité est parfaitement conservée. La gibbosité est indolente. Quelques jours après son retour à l'Hôtel-Dieu, il est subitement pris de perte de connaissance, avec dilatation et immobilité des pupilles, agitation, contractions spasmodiques des membres, fièvre ; il meurt au bout de trente-six heures.

Nécropsie. L'arachnoïde et la pie-mère qui tapissent le pont de Varole, plus épaisses et plus résistantes que dans l'état normal, sont de couleur gris-de-perle ; les ventricules latéraux contiennent quatre cuillerées de sérosité.

Cinq vertèbres dorsales sont dénudées en avant ; entre elles et le ligament vertébral antérieur soulevé on trouve une couche épaisse de matière tuberculeuse concrète ; le corps d'aucune de ces vertèbres n'est complétement érodé ; un seul cartilage intervertébral a disparu. Les deux corps vertébraux rapprochés par la destruction commencent à s'user en avant. Derrière les vertèbres malades il s'est fait un épanchement de matière tuberculeuse concrète, qui a légèrement repoussé en arrière le ligament vertébral postérieur ; au niveau de cet épanchement les méninges sont un peu épaissies, et la moelle paraît un peu plus dure que dans l'état normal.

Il est facile d'apercevoir la grande analogie de cette observation avec la précédente. Des deux côtés nous voyons un léger degré de paralysie cédant facilement à l'emploi des exutoires, et nous trouvons à l'ouverture du cadavre, dans les deux cas, un épanchement de matière tuberculeuse trop peu abondant pour produire la compression de la moelle, mais suffisant pour déter-

miner son inflammation et celle des méninges. C'est cette inflammation qui entretenait la paralysie ; c'est elle que les cautères ont combattue ; c'est à elle qu'étaient dues les altérations légères de structure de la moelle et de ses membranes. Chez les deux sujets, les tubercules étaient situés primitivement entre les vertèbres et le ligament antérieur, et avaient passé secondairement dans le canal vertébral, chez le premier, par une perte de substance du tissu osseux ; chez le second, par l'espace que le cartilage détruit avait laissé vide.

Obs. XVI. — Nicolas Dumas, âgé de 13 ans, portait une gibbosité à la partie supérieure de la région dorsale. Sa volonté n'avait aucune influence sur ses membres inférieurs, dont les muscles étaient frappés d'une raideur tétanique ; la sensibilité y était conservée. Les muscles du tronc étaient d'une faiblesse extrême. Lorsqu'on l'asseyait sur son lit, il n'avait pas la force de s'y tenir : il tombait à droite ou à gauche. La respiration était un peu gênée. Il attribuait sa maladie à une chute qu'il avait faite une année auparavant en voulant sauter un fossé. Ce malade mourut cinquante jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu. Pendant son séjour quatre cautères furent appliqués au dos ; la teinture alcoolique de noix vomique fut administrée à l'intérieur ; le tout sans la moindre amélioration dans les mouvemens des membres inférieurs. Au contraire leur sensibilité, qui à l'entrée du malade était intacte, ne cessa de décroître.

Deux jours avant sa mort cet enfant éprouva subitement une grande oppression qu'il attribuait à la présence d'un corps étranger placé derrière les clavicules. Il succomba rapidement à l'augmentation toujours croissante de la difficulté de respirer. (Par M. Clément, chirurgien interne.)

Nécropsie. La plèvre gauche contient un demi-litre de sérosité purulente ; une poche formée par le ligament vertébral antérieur, doublé par les plèvres, fait une saillie très-prononcée au-devant de quatre vertèbres dorsales dont le corps est dénudé et rongé en partie. La cavité de cette poche est occupée par de la sérosité mêlée à des masses de matière tuberculeuse. Le corps de la cinquième vertèbre dorsale a complétement disparu ; on n'en trouve que des débris nécrosés. La quatrième et la sixième vertèbres se touchent et sont à moitié usées. Des saillies osseuses aiguës s'élèvent en arrière du corps de la quatrième vertèbre, et s'enfoncent dans le tissu de la dure-mère. Cette membrane et l'arachnoïde qui la tapisse sont d'un rouge noir et ont doublé d'épaisseur. L'arachnoïde médullaire est légèrement injectée. La moelle paraît intacte ; à la surface des vertèbres qui ne sont que dénudées, on voit des excavations arrondies qui contiennent de la matière tuberculeuse très-consistante.

La lésion du mouvement se présente ici sous une forme que nous n'avions pas encore observée ; les muscles ne sont pas relâchés, ils se montrent au contraire durs, raides comme une barre de fer, et s'opposent d'une manière énergique au jeu des articulations ; mais aussi, au lieu de trouver dans les membranes rachidiennes des traces légères d'inflammation, nous y voyons une injection profonde et une grande augmentation de leur épaisseur et de leur consistance. Ce n'est plus un simple épanchement de matière tuberculeuse qui a produit cette inflammation, mais bien des pointes osseuses profondément enfoncées dans les membranes, et qui ont dû nécessairement faire sentir à la moelle leur action irritante. Pourrait-on s'étonner que les cautères n'aient eu aucune action sur une paralysie qui reconnaissait pour cause une altération aussi profonde ?

Obs. XVII. — Une femme de la campagne, âgée de 45 ans, admise à l'Hôtel-Dieu en juillet 1834, portait une gibbosité dorsale indolente ; les membres inférieurs avaient perdu leurs mouvemens volontaires. Leurs muscles étaient dans un état de raideur permanente ; pour fléchir la jambe sur la cuisse on était obligé d'employer un effort considérable ; mais dès qu'on avait porté cette flexion jusqu'à l'angle droit, le talon allait brusquement frapper contre la fesse. Il en était de même pour l'extension ; d'abord difficile, elle s'opérait ensuite brusquement comme par l'effet d'une secousse électrique. La sensibilité de la peau était dans l'état normal ; mais il existait sur le trajet des nerfs des douleurs vives et continuelles qui privaient la malade de sommeil, et que les plus fortes doses de préparations opiacées ne pouvaient calmer. Les forces étaient encore assez bien conservées. Deux cautères appliqués sur les côtés de la gibbosité et renouvelés souvent n'apportèrent aucun changement à cet état des membres inférieurs. Après un séjour de cinq mois à l'hôpital cette femme retourna à la campagne où elle passa l'hiver. Au printemps de 1835, elle revint à l'hôpital présentant les signes les plus caractéristiques de la phthisie pulmonaire. Le marasme était à son comble. La flexion des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le bassin était si solide, qu'aucun effort ne pouvait leur faire perdre cette position. Les douleurs des membres inférieurs avaient perdu de leur violence. L'expectoration, les sueurs et le dévoiement étaient si abondans que la mort ne tarda pas à arriver.

Nécropsie. Les poumons partout adhérens sont farcis d'une multitude de tubercules, la plupart à l'état miliaire.

Le sommet de la gibbosité est formé par l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale. Le ligament vertébral antérieur n'est point soulevé, et se moule exactement sur l'angle rentrant de la gibbosité. Son incision laisse voir un dépôt de matière tuberculeuse épaisse, occupant la place du corps de la huitième vertèbre qui a disparu en grande partie. Ce qui en reste postérieurement présente la forme d'un coin ; tout-à-fait séparé de la neuvième vertèbre, il est enfoncé dans le canal vertébral et presse contre le ligament postérieur et la dure-mère. Dans le point correspondant à cette pression, cette membrane est épaissie, rouge, fongueuse à l'extérieur, et entourée d'un enduit de matière tuberculeuse. A la même hauteur l'arachnoïde spinale est d'un brun foncé, et la moelle présente une colora-

tion grise qui contraste avec la blancheur des portions voisines. Le cordon nerveux n'a rien perdu de sa consistance ordinaire, mais on y voit une dépression légère correspondant à la huitième vertèbre.

Les septième et neuvième vertèbres sont inégales, excavées par de nombreux tubercules. Leur tissu n'a rien perdu de sa structure, ni de sa consistance ; nulle part on n'y trouve des surfaces lisses et éburnées, telles que nous en avons observé dans d'autres cas.

Les colons ascendant et transverse sont d'un rouge foncé à leur surface interne ; leur membrane muqueuse est boursoufflée et parsemée d'ulcérations profondes et étroites. Un grand nombre de ganglions mésentériques enveloppés d'un kyste sont transformés en matière crétacée.

L'impotence des membres inférieurs avec contracture permanente correspond encore ici à une inflammation chronique des méninges et de la moelle produite et entretenue par la pression d'une partie osseuse ; l'irritation qui résulte du contact incessant d'un corps dur et inégal est probablement la circonstance à laquelle on doit rapporter la forme particulière qu'affecte dans ces cas la paralysie. Aussi remarquez l'impuissance désespérante des exutoires les plus profonds. Lorsque les fonctions des membres inférieurs sont troublées dans le mal vertébral, c'est toujours la contractilité qui est d'abord altérée, soit qu'il y ait relâchement ou augmentation de tonicité ; cela se voit dans la dernière observation, aussi bien que dans les précédentes. La cause en est dans la position de l'agent qui comprime et qui irrite la moelle, dont l'influence s'exerce toujours d'avant en arrière, et affecte d'abord les cordons antérieurs de la moelle. Or, on sait que ces cordons sont les excitateurs des mouvemens volontaires. Plus tard, si la cause productrice de l'inflammation ou de la compression s'exerce plus profondément, elle atteint les cordons postérieurs, et la sensibilité diminue et finit par s'éteindre complétement.

Chez ce dernier sujet, la matière tuberculeuse, au lieu d'être molle, diffluente, délayée par de la sérosité, était homogène et concrète ; le ligament vertébral antérieur non soulevé rendait les rapports des vertèbres altérées presque invariables; ces os étaient hérissés d'aspérités, creusés de cavités, de véritables cavernes occupées par des masses tuberculeuses arrondies ; leur tissu n'était ni plus dur ni plus mou que dans l'état naturel. Point de surfaces lisses, point de tissu osseux endurci, nuls débris osseux nécrosés. D'où vient que ces altérations qui se rencontrent si souvent ne se trouvaient pas ici ? Cela tenait à l'immobilité presque absolue à laquelle l'impotence des membres inférieurs avait condamné la malade. L'éburnation des vertèbres est toujours l'effet des frottemens ; les abcès résultent de l'irritation des parties molles, circonstances que le repos a éloignées. Aussi avons-nous pu voir dans toute leur pureté les résultats de l'impression des tubercules sur le tissu osseux.

DEUXIÈME PARTIE. — CONCLUSIONS.

L'altération du rachis qui accompagne le mal vertébral de Pott, a pour principe le tubercule scrophuleux.

Cette production morbide se rencontre sous diverses formes dans le rachis et ses dépendances. 1° Tantôt on trouve une ou plusieurs masses arrondies dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette ; ces masses, blanches, jaunes ou grises, sont renfermées dans des cavités régulières closes ou en communication avec des cavités voisines semblables, ou bien dans des cavités ouvertes au devant de la vertèbre, ou dans le canal vertébral. 2° D'autres fois, mais plus rarement, la matière tuberculeuse se trouve épanchée dans les petites cellules du tissu spongieux, qui n'a subi d'autre altération qu'une diminution de consistance. 3° Des masses amorphes de matière tuberculeuse, plus ou moins volumineuses, sont souvent déposées au-devant du corps des vertèbres et soulèvent le ligament antérieur, ou bien dans le canal vertébral, entre le ligament postérieur et les os.

Le tubercule peut se développer dans toutes les régions de la colonne vertébrale, mais il est plus fréquent au dos qu'au cou et aux lombes. Il attaque ordinairement le corps de la vertèbre ; mais on l'a vu quelquefois établir son siége dans les lames et les apophyses épineuses ou transverses. Développé dans le corps de la vertèbre, le tubercule peut en occuper le centre ou bien quelqu'un des points de la circonférence. La maladie peut être bornée à une seule vertèbre ; mais le plus souvent elle s'étend à deux ou à un plus grand nombre. Lorsque la lésion organique se fixe sur une des deux premières vertèbres cervicales, elle peut affecter d'abord l'arc antérieur ou postérieur de l'atlas, le corps de l'axis ou l'apophyse odontoïde ; ou enfin l'une des quatre masses latérales. Dans tous les cas, les phénomènes qui en résultent sont très-différens de ceux que développe l'altération tuberculeuse des autres vertèbres.

Les tubercules naissent souvent dans les cartilages inter-vertébraux, qui en sont affectés seuls ou simultanément avec la substance des vertèbres.

Quel que soit le siége primitif du tubercule, son effet le plus immédiat, le plus constant, le plus général, c'est de faire éprouver à l'os une perte de substance, de creuser une cavité dans laquelle il se loge. Les portions d'os qui forment les parois de ces cavités, conservent leur consistance et leur structure ordinaire. On distingue très-bien les cellules du tissu spongieux ; il n'y a point d'injection, en sorte que cette perte de substance paraît s'être faite sans inflammation, par le seul fait du dépôt de la matière tuberculeuse et de la pression qu'elle a exercée sur l'os.

Les tubercules sont souvent en contact immédiat avec la substance osseuse, dans les inégalités de laquelle ils semblent incrustés ; d'autres fois, et c'est surtout lorsque les parois sont lisses, il existe entre l'os et la production nouvelle une fausse membrane ténue, vasculaire, qui semble destinée à garantir l'os du contact du corps étranger.

Lorsque les tubercules occupent le centre du corps d'une vertèbre, ils le détruisent en procédant vers la périphérie, et le réduisent bientôt à une sorte de coque

osseuse trop faible pour résister au poids des parties supérieures ; il se rompt, et la colonne s'incline en formant un angle dont le sommet correspond à la vertèbre brisée.

Si les tubercules développés dans le corps d'une vertèbre sont logés dans plusieurs cavités, celles-ci sont séparées par des cloisons qui résistent pendant un certain temps ; mais enfin le poids du corps et les mouvemens finissent par les briser, par les réduire en esquilles, et l'inclinaison a lieu ordinairement d'une manière brusque, au moment de la rupture des cloisons.

Situés à la face antérieure des corps des vertèbres, les tubercules les usent d'avant en arrière, toujours avec plus ou moins de lenteur. Aussi la difformité ne se prononce jamais brusquement dans ces cas; elle a lieu au contraire par des progrès presque insensibles ; et comme plusieurs vertèbres se trouvent alors intéressées à la fois, la gibbosité se rapproche un peu de la forme courbe, tandis que lorsqu'une seule vertèbre est détruite, l'inclinaison est exactement anguleuse.

Un dépôt tuberculeux derrière le corps des vertèbres existe rarement seul ; il exerce très-peu d'influence sur la production de la gibbosité ; il se borne ordinairement à déprimer légèrement les méninges et la moelle, et surtout à développer sur ces organes une irritation qui produit et entretient la paralysie.

L'inclinaison de la colonne vertébrale a quelquefois lieu sur un des côtés ; cela arrive lorsque les tubercules ont détruit une vertèbre dans ce sens.

Située dans les masses latérales ou dans les arcs de l'atlas, la production tuberculeuse en opère la destruction avec une grande rapidité, à cause du peu de volume de ces parties. La tête s'incline du côté de la portion détruite ; les ligamens se relâchent ou se déchirent, et la moelle subit une compression funeste.

L'apophyse odontoïde étant usée par le tubercule, un mouvement brusque de rotation de la tête a déterminé un changement subit dans les rapports des deux premières vertèbres, la compression de la moelle, et la mort.

Une ulcération des cartilages articulaires des deux premières vertèbres, produite par le tubercule ou indépendante de cette lésion organique, ramollit, alonge les ligamens qui unissent entre elles les deux premières vertèbres ; l'atlas glisse en avant et en bas ; son arc postérieur rétrécit le canal vertébral et comprime la moelle ; l'odontoïde portée en arrière concourt au même résultat, la paralysie va sans cesse croissant, et le malade finit par mourir asphyxié.

Les cartilages intervertébraux conservent presque toujours la plus parfaite intégrité au milieu de la destruction que le tubercule a fait subir aux os qu'ils unissent ; mais lorsque ceux-ci ont complétement disparu, les cartilages isolés sont ramollis, dissous par le liquide et enlevés par l'absorption. Il peut se faire encore que deux cartilages mis en contact par la disparition de la vertèbre qui les séparait soient usés par le frottement.

Dans des cas plus rares, le tubercule se développe au sein d'un cartilage ou à son voisinage ; il y détermine une inflammation ulcérative qui le consume. Alors les deux vertèbres s'inclinent l'une vers l'autre, ou bien elles sont tenues dans leurs rapports primitifs par une production osseuse nouvelle qui prévient la déformation du rachis.

La paralysie accompagne souvent, mais non constamment le mal vertébral. Quand elle existe, la paralysie est bornée aux organes situés au-dessous de la lésion vertébrale.

Dans la plupart des cas, il y a simple lésion du mouvement. La lésion simultanée du mouvement et du sentiment existe plus rarement. D'autres fois, il y a contracture permanente des muscles avec ou sans abolition de la sensibilité, ou bien avec des douleurs vives dans les membres contracturés. Cette dernière forme de paralysie n'a pas de rapport nécessaire avec le mal vertébral ; si j'en juge par les observations que j'ai recueillies, elle est la moins fréquente de toutes, quoi que Pott en ait dit.

L'impotence des membres n'est point sous la dépendance de la courbure du rachis ; la gibbosité peut exister sans paralysie, la paralysie sans gibbosité ; quand elles coïncident, la gibbosité restant la même, la paralysie peut disparaître. Ces remarques, Pott les avait déjà faites et parfaitement exprimées.

La luxation spontanée de la première vertèbre cervicale me paraît être le seul cas où le déplacement des vertèbres produit la compression de la moelle et la paralysie.

Dans la plupart des ouvertures de cadavre on trouve comme cause de paralysie une ou plusieurs des altérations suivantes : 1° Un épanchement de matière tuberculeuse entre les vertèbres et les méninges ; 2° de la matière tuberculeuse dans la moelle épinière, qui a subi quelquefois une solution de continuité complète (le professeur Serre de Montpellier, Gazette Médicale, 1830), 3° des tubercules dans les méninges ; quelquefois la matière est comme infiltrée dans le tissu des membranes ; d'autres fois elle forme un noyau isolé, un tubercule qui a son enveloppe propre ; tantôt plusieurs tubercules paraissent s'être développés d'abord isolément, puis s'être confondus en une seule masse plus ou moins volumineuse, et qui comprime la moelle d'autant plus que les membranes sont toujours épaissies (M. Ollivier d'Angers, Maladies de la moelle épinière, 759) ; 4° le ramollissement de la moelle dans une plus ou moins grande étendue ; 5° une plus grande dureté du cordon rachidien ; 6° un épaississement et une injection de la dure-mère et de l'arachnoïde : 7° des pointes osseuses enfoncées dans ces membranes.

Certaines de ces causes déterminent la paralysie par compression : tel est le déplacement de la première vertèbre sur la seconde. La présence des tubercules dans le canal vertébral peut également produire la compression et l'irritation du tissu nerveux ; cependant je dois dire que dans la plupart des cas l'épanchement m'a paru trop peu abondant pour déterminer une compression notable ; il s'est borné à produire sur les méninges et la moelle une inflammation dont j'ai presque toujours

trouvé des traces non équivoques. D'ailleurs les exutoires, qui font si souvent disparaître la paralysie, sont bien plus propres à combattre une inflammation qu'à enlever un agent de compression. Enfin il est certaines causes qui n'agissent évidemment qu'en irritant les parties, tel est le contact et la pénétration des esquilles, pénétration toujours trop peu profonde pour causer une véritable compression.

On trouve un rapport exact entre les diverses formes de paralysie et les lésions organiques. Ainsi, lorsqu'il a existé une abolition complète et simultanée du sentiment et du mouvement, l'autopsie montre soit un étranglement très-prononcé de la moelle, soit une interruption complète ou un ramollissement de cet organe. La paralysie avec contracture coïncide avec une inflammation entretenue par un agent irritant, comme des pointes osseuses.

L'abolition isolée de la contractilité musculaire avec relâchement tient à une cause irritante légère. Si l'énergie de cette cause augmente, l'abolition de la sensibilité vient s'y joindre; si l'irritation est combattue par des moyens efficaces, on voit reparaître d'abord la sensibilité, puis les mouvemens. On peut donner une explication de cette marche de la paralysie, en admettant que les cordons antérieurs de la moelle sont primitivement et principalement affectés, et que l'irritation ne s'étend que consécutivement aux cordons postérieurs : ce qui confirme cette théorie, c'est que, dans les cas où le mouvement est seul lésé, la cause irritante vient toujours du côté des corps des vertèbres, et n'exerce d'abord son action que sur les cordons antérieurs.

D'après ce que nous venons de dire sur les causes de la paralysie, on ne sera point étonné que les exutoires, si efficaces contre la dernière forme, échouent complétement contre les deux premières, et surtout contre la paralysie avec contracture.

La gibbosité vertébrale avec interruption complète de la moelle a quelquefois coïncidé avec la persistance du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs (M. Ollivier, obs. 42, p. 381.) C'est surtout lorsque cette altération, existant dans un point très-inférieur, plusieurs nerfs pouvaient encore se porter de la partie supérieure à la gibbosité aux membres inférieurs. Ajoutez que dans les compressions lentes, la portion de moelle située au-dessous de la gibbosité jouit d'une véritable indépendance des parties supérieures, et suffit pour entretenir les mouvemens (Ollivier).

L'influence qu'exerce le tubercule sur la texture des vertèbres doit être soigneusement étudiée. Nous avons vu que son premier effet sur le tissu osseux est une perte de substance, l'os conservant autour de la production morbide ses propriétés normales, et semblant seulement usé par une lime. A la surface de la perte de substance, l'os est lisse ou bien inégal; il conserve sa coloration normale, ou bien il est injecté à une légère profondeur; les masses tuberculeuses, en se rapprochant, isolent des lames de substance vertébrale qui tombent en mortification et que l'on trouve au milieu du pus et des débris tuberculeux. Un séquestre plus ou moins volumineux est quelquefois le seul débris d'une vertèbre que le tubercule a cerné de tous côtés. La matière infiltrée détermine l'absorption d'une partie des cloissons de la substance spongieuse des vertèbres, et la mortification des autres, qui se laissent briser avec la plus grande facilité. La présence du tubercule excite souvent dans les vertèbres un travail réparateur dont l'effet est la production des colonnes osseuses étendues d'une vertèbre à l'autre. Ces colonnes fixent les vertèbres, et mettent des limites à leur destruction. L'organe producteur de cette substance osseuse nouvelle est le plus souvent le ligament vertébral antérieur, soulevé et enflammé par des tubercules superficiels. Une vertèbre en partie détruite et réduite à la forme d'un coin peut se réunir avec celle qui la précède ou avec celle qui la suit, au moyen d'une lame cartilagineuse intermédiaire qui assure l'immobilité de la colonne vertébrale, et qui s'oppose aux progrès de l'incurvation. Ces résultats favorables ne sont obtenus que par un repos absolu et long-temps prolongé, auquel les malades ne s'astreignent que très-rarement.

Il arrive bien plus souvent qu'une destruction vertébrale qui reconnaît pour principes des tubercules peu volumineux et peu nombreux, gagne une grande partie de la colonne par suite du frottement continuel qui consume la substance osseuse; nous avons vu dans un cas huit vertèbres dorsales consumées par ce mécanisme. Une si vaste perte de substance n'est même compatible avec la vie qu'à la région dorsale, parce que les côtes prêtent au rachis un soutien qu'il ne trouverait pas dans les autres régions. Malgré la vaste étendue du délabrement, la solidité de la colonne est si grande qu'elle fait croire à une véritable guérison. Dans ces circonstances, le tissu des vertèbres est lisse, poli, blanc et dur comme de l'ivoire, et rend un son clair à la percussion.

On voit que toutes ces lésions vertébrales se réduisent en résumé à la perte de substance, à l'injection, à la nécrose, à l'éburnation et à la production de nouvelle substance osseuse. Si nous n'avons pas noté le gonflement des vertèbres, leur ramollissement et leur carie, altérations si souvent mentionnées par les auteurs, c'est que nous ne les avons jamais trouvées, et il y a lieu de croire qu'elles n'ont été admises que par suite d'une observation superficielle et inexacte.

On a souvent répété que l'inflexion du rachis dans le mal de Pott était l'effet du ramollissement et de l'affaissement d'une ou de plusieurs vertèbres, qui avaient en même temps augmenté de volume; cette opinion, qui était celle de Pouteau et de Portal, avait déjà été exprimée en termes très-clairs dans le premier mémoire de Pott. Boyer, qui a écrit long-temps après ces auteurs, l'a exactement reproduite : « La dégénération que les vertèbres éprouvent dans le mal vertébral ou mal de Pott, ne diffère en rien dès le principe de celle qu'ont subie les autres os qui sont rachitiques : elles sont souvent ramollies sans être cariées. La colonne épinière peut perdre alors une grande partie de sa longueur sans que sa continuité soit rompue; ce qui est rendu extrê-

mement probable, on pourrait même dire démontré, par le succès des moyens propres à arrêter les progrès de la maladie; ils seraient certainement inutiles si la suppuration avait lieu et si la destruction du corps des vertèbres était consommée. (*Dict. des sciences médicales;* art. gibbosité.)

Cependant Pott avait déjà dit (deuxième mémoire) : « Dans mon premier traité j'ai décrit les os sur lesquels la maladie avait établi son siége comme tuméfiés et augmentés en volume; mais après de plus amples recherches et un examen plus approfondi, je suis convaincu qu'ils ne le sont pas... Les corps des vertèbres sont toujours dans un état d'altération qui consiste plus à les corroder qu'à augmenter leur volume. »

Ainsi Pott déclare qu'il s'est trompé; son erreur venait certainement de ce qu'il avait pris la matière tuberculeuse accumulée au-devant des vertèbres pour le corps même de ces os gonflé et ramolli. Quant à Boyer, la manière dont il s'exprime montre que son ramollissement n'était qu'une supposition imaginée pour expliquer les guérisons. Or, il est au moins douteux que des cautères soient jamais parvenus à rendre sa consistance à un os ramolli.

Aujourd'hui l'on rapporte l'incurvation de la colonne dans le mal de Pott à une ostéite. La vertèbre enflammée se gonfle et se ramollit; si cette inflammation passe à l'ulcération et à la suppuration, cela constitue la carie, qui a pour conséquence l'incurvation du rachis et les abcès par congestion. On admet d'ailleurs une carie superficielle qui ne déforme point la colonne épinière, et une carie profonde qui produit ce résultat. Si à l'ouverture des cadavres on trouve les os éburnés et des esquilles dans le voisinage, cela vient de ce que l'ostéite s'est terminée par la nécrose; la partie mortifiée a été séparée, et l'induration a mis un terme à l'inflammation de la partie restée vivante. Telle est la doctrine de la plupart des modernes. Elle est spécieuse, mais elle n'est pas vraie.

Nous voyons souvent sur les extrémités articulaires l'ostéite avec ramollissement et ulcération, et cependant la nécrose, l'induration, le développement d'ostéides y sont extrêmement rares, malgré la situation superficielle de la partie et le repos auquel on peut l'assujétir; or on voit que dans le mal de Pott ces prétendues terminaisons de l'ostéite sont très-fréquentes.

Sans sortir des maladies de la colonne vertébrale, pourrait on expliquer dans cette doctrine pourquoi la carie superficielle qui ne produit pas la déformation de l'épine entraîne si souvent la mort, tandis que la carie qui attaque tout le corps de la vertèbre se termine si souvent par la guérison? Le professeur Boyer semble n'admettre qu'avec regret l'identité de ces deux maladies; « elle (la carie des vertèbres) offre, dit-il, deux variétés bien remarquables par la différence de leurs effets, et peut-être de leur nature. » (*Malad. chir.* t. III, p. 493.) Il est en effet absurde d'admettre qu'une maladie guérit souvent quand elle s'étend à tout un os, tandis qu'elle est constamment mortelle quand elle n'en affecte qu'une partie.

Les sujets atteints du mal de Pott meurent souvent de toute autre maladie avant que la lésion vertébrale soit bien avancée. Dans ces cas où la maladie ne fait que commencer, on devrait trouver les vertèbres ramollies, suppurantes; or, cet état du tissu osseux que j'ai si souvent rencontré dans les extrémités articulaires, il ne m'a été donné que bien rarement de l'observer dans les vertèbres; et alors il n'y était que d'une manière accessoire, comme complicatian et au même titre que la carie des côtes ou des os des membres.

Quand l'ostéite des membres se termine par nécrose, les séquestres qui s'échappent sont inégaux, anguleux, percés comme de l'éponge, légers, faciles à briser; les séquestres que l'on trouve dans le mal de Pott sont des masses plus ou moins étendues, lisses, blanches et dures comme de l'ivoire. Cette différence ne peut tenir à la structure diverse des os affectés, puisque leur organisation est identique. Cela vient uniquement de ce que, dans les premiers cas, l'os était enflammé, ramolli et raréfié au moment où il a été frappé de mort, tandis que dans le second il possédait sa structure normale.

Dans la carie l'os fournit une matière liquide de couleur lie de vin; dans le mal de Pott, la matière que l'on trouve autour des vertèbres offre tous les caractères des tubercules caséeux ou ramollis. Le tissu de la vertèbre autour des tubercules est dur et sonore, tandis que l'os carié qui suppure est ramolli et rend un son mat.

Le mal de Pott est susceptible d'un grand nombre de complications dont plusieurs sont beaucoup plus dangereuses que l'affection vertébrale. Nous avons déjà mentionné l'inflammation des méninges et de leur moelle, leur dégénérescence tuberculeuse, la carie des vertèbres, celle des côtes ou des extrémités spongieuses des os des membres; mais sous le rapport de la fréquence et du danger, il faut mettre au premier rang les tubercules pulmonaires, que nous avons rencontrés sur les neuf dixièmes des sujets dont nous avons fait l'autopsie; c'est par le poumon que périssent la plupart des individus atteints du mal de Pott. Des tubercules peuvent d'ailleurs se rencontrer dans tous les points de l'économie : nos observations nous en ont montré dans le péritoine, l'épiploon, le mésentère, la prostate, dans les couches celluleuses inter-musculaires des lombes, de la paroi abdominale, de la cuisse; enfin dans un cas ils étaient disséminés tout autour du tissu fibreux qui enveloppait les vertèbres malades, et ils n'avaient avec la lésion vertébrale qu'un simple rapport de coïncidence. Ces tubercules produisent par leur fonte des abcès idiopathiques, ou même des abcès par congestion entièrement indépendans de l'affection du rachis, mais qui constituent des complications souvent dangereuses. Des masses tuberculeuses suivies d'abcès par congestion, placées au-devant du rachis, peuvent faire croire à une maladie vertébrale sans qu'il y ait aux vertèbres la moindre lésion. Il n'est pas sans exemple qu'on ait pris pour un abcès par congestion en voie d'absorption par suite de la guérison d'une carie vertébrale, ce qui n'était en réalité qu'une masse tuberculeuse ramollie.

J'ai disséqué dernièrement le cadavre d'un enfant de douze ans, mort avec une gibbosité dorsale; il y avait eu, pendant la vie, une abondante sécrétion de mucosités bronchiques, dont la cause me parut résider dans le voisinage de la vaste poche qui contenait la matière tuberculeuse; mais il existait sur ce même sujet une complication bien plus extraordinaire : c'était une oblitération complète de toute la portion abdominale de la veine cave inférieure et des deux veines iliaques primitives, par un *coagulum* fibrineux, dur, blanchâtre, adhérent et disposé par couches concentriques. Ainsi fut expliquée une énorme infiltration des membres inférieurs et du ventre, dont la cause était restée fort obscure. Cette infiltration, en favorisant la production d'énormes escarres aux fesses, était devenue la principale cause de la mort du sujet.

Les recherches d'anatomie pathologique n'auraient pas atteint leur véritable but, si, en nous éclairant sur la manière d'agir des moyens thérapeutiques, elles n'imprimaient à leur emploi une direction plus rationnelle. D'après l'idée que nous nous sommes faite de la nature du mal de Pott, essayons d'expliquer la manière d'agir des moyens qui ont obtenu le plus de succès dans cette maladie.

1° *Evacuations sanguines.* Lorsqu'il existe de la douleur au niveau de la gibbosité, à la base de la poitrine, à l'épigastre, aux lombes, on prescrit avec avantage les évacuations sanguines locales. On pense généralement que les sangsues agissent en combattant l'ostéite vertébrale, à laquelle ces douleurs sont rapportées. Il m'est impossible de partager cette opinion : j'ai constamment vu l'affection tuberculeuse des vertèbres exempte de douleur lorsqu'elle n'était accompagnée d'aucune complication du côté de la moelle; et toutes les fois que le malade s'est plaint de douleurs, si la mort m'a permis d'examiner l'état des organes, j'ai toujours trouvé une inflammation plus ou moins profonde de la moelle et de ses membranes. C'est donc à cette inflammation que les douleurs se rapportent, c'est à elle que doivent s'adresser les évacuations sanguines.

2° *Exutoires.* Peu de temps après l'application des cautères, les douleurs, s'il en existait, cessent complétement; la respiration et les mouvemens du tronc deviennent plus faciles; la courbure semble se redresser un peu; les membres inférieurs reprennent peu après leurs mouvemens et leur sensibilité. Au bout de quelques mois les malades marchent et se livrent à des travaux assez rudes, lors même que la gibbosité est très-prononcée. Quand le mal est arrivé à ce point, on se persuade que la lésion organique est arrêtée dans sa marche, et que la réunion des vertèbres s'est opérée soit d'une manière immédiate, soit par le développement de colonnes osseuses; et c'est aux cautères que l'on rapporte cet heureux événement. Cette opinion nous semble tout-à-fait gratuite. En effet, des malades chez lesquels de ces prétendues guérisons avaient été opérées ayant succombé à d'autres affections, nous avons pu constater par la dissection que les vertèbres étaient érodées, tuberculeuses, dures et éburnées; que la continuité de la colonne vertébrale était interrompue à l'endroit de la gibbosité, et qu'il n'existait aucune tentative de réunion. Nous avons trouvé de faibles traces de spinitis et de méningite, restes d'une lésion plus profonde, que la suppuration prolongée des cautères avait fait disparaître; les douleurs, la paralysie avaient diminué en proportion de cette inflammation. Dans les cas où nous avons trouvé les douleurs et l'impotence rebelles aux exutoires, nous avons découvert que l'inflammation spinale dépendait d'une cause inamovible et très energique.

Quant à l'altération des vertèbres, sa marche est tout-à-fait indépendante des exutoires; elle est toujours proportionnée à la quantité de tubercules dont ces os sont pénétrés, et aux mouvemens que le tronc exécute.

L'idée que nous émettons sur la manière d'agir des cautères diffère beaucoup de celle qu'on admet généralement. On prétend que les exutoires portent leur action sur les vertèbres malades, et font disparaître la carie dont on les suppose affectées. Après avoir exprimé cette opinion, le professeur Boyer a la bonne foi d'écrire ces lignes remarquables. « Cependant nous n'avons » jamais eu occasion de nous assurer de l'état des choses par l'autopsie, et de vérifier ce que devient alors » la substance de l'os malade. Nous ne pouvons pas » dire non plus quel est l'état de la moelle épinière et » de ses enveloppes, etc. » (*Traité des mal. chir.*, t. III, p. 498). Son opinion sur l'action des cautères n'était donc qu'une hypothèse; aucun fait ne lui servait de base.

3° *Repos et position.* L'excellence du repos et de la position horizontale n'a été contestée que par bien peu de personnes. Les mouvemens et le poids du corps hâtent la fonte des tubercules; ils brisent les vertèbres affaiblies par de vastes pertes de substance; ils usent par le frottement celles qui sont déjà dénudées; ils irritent la moelle et augmentent les douleurs et la paralysie; en enflammant les parties molles situées au-devant du rachis, ils favorisent les abcès par congestion; ils peuvent briser des colonnes osseuses déjà formées; si l'affection réside sur les deux premières vertèbres, ils produisent une compression subitement mortelle; or, le repos et la position horizontale préviennent ou retardent la plupart de ces accidens.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Lettre de M. Ricord sur la syphilis, adressée au président de la Société royale académique de Nantes.

Monsieur,

C'est sans doute une belle pensée que celle qui a engagé la Société de médecine de Nantes à s'occuper des questions si intéressantes de la nature et du traitement de la syphilis. Aussi fais-je des vœux pour que les travaux importans qu'elle vient d'entreprendre puissent

conduire aux résultats qu'on est en droit d'espérer.

Depuis la lettre que j'ai eu l'honneur de recevoir, sentant toute la gravité des questions posées, j'aî interrogé de nouveau les faits soumis à mon observation ; je suis descendu dans ma conscience, et me demandant compte de mes convictions, j'ai pu résumer ainsi qu'il suit mes doctrines.

I. *Nature de la syphilis.*

1° Il nous importe peu de savoir d'où nous vient la vérole, qu'elle soit de toute antiquité, d'origine américaine, ou née de l'épidémie du quinzième siècle.

2° La cause principale de la dissidence des opinions sur son origine, sa nature et son traitement, tient à ce qu'on n'a point encore précisé d'une manière rigoureuse les lésions et les symptômes qui lui appartiennent en propre.

3° Pour moi, un seul symptôme est caractéristique : c'est le *chancre ;* il est aussi distinct, aussi spécifique que la variole et le vaccin. Il est dû à une cause *spéciale,* qu'on peut appeler *virus,* ou comme on voudra ; mais dont les effets sont constans, réguliers comme action primitive, et qu'on peut produire à volonté par l'inoculation. Les observations rapportées par les auteurs qui sembleraient prouver le contraire devraient être considérées comme fausses, s'il n'était possible d'expliquer l'erreur par les circonstances dans lesquelles on a dû expérimenter.

4° Le bubon successif au chancre est ou sympathique ou virulent. Dans ce dernier cas, c'est *un chancre ganglionaire*, identique au chancre, dont il n'est que la succession, et susceptible de fournir un chancre par l'inoculation du pus qu'il sécrète.

5° Le muco-pus blennorrhagique recueilli sur des muqueuses non ulcérées n'a jamais rien produit par l'inoculation ; donc la blennorrhagie ne donne jamais le chancre. Les observations rapportées par les auteurs ne peuvent avoir aucune valeur contre cette assertion, attendu que lorsqu'ils ont avancé que les chancres pouvaient naître de la blennorrhagie, la muqueuse qui avait fourni l'écoulement blennorrhagique n'avait jamais été examinée dans toute son étendue, comme j'ai pu le faire sur la femme, à l'aide du spéculum.

6° Les symptômes secondaires de la vérole succèdent aux chancres. Lorsque la blennorrhagie a été notée comme antécédent, les muqueuses d'où elle provenait n'ayant pas été examinées, on n'a pas pu savoir s'il n'y avait pas autre chose qu'une blennorrhagie, tandis que toutes les fois que les muqueuses affectées de blennorrhagie seulement ont pu être rigoureusement inspectées, comme la muqueuse vaginale, la muqueuse oculaire, celle du gland et du prépuce, jamais nous n'avons vu survenir de symptômes d'infection générale.

7° Dans ce qu'on a appelé symptômes secondaires, les uns sont la suite d'inflammation locale ou de sympathie à distance ; d'autres conservent sur place un caractère spécifique ; ou produisent dans l'économie des désordres différens selon le siége, les tissus et les dispositions individuelles, modifiées par les tempéramens, les habitudes, les maladies concomitantes, les traitemens subis par les malades, etc. Ces symptômes secondaires d'infection générale n'ont point encore été nettement limités à ceux qui appartiennent en propre à la syphilis, mais pour un bon observateur, il en est d'incontestables ; ils sembleraient dus à une transformation du principe primitif ; car aucun, comme l'aurait dit Hunter et comme nous l'avons de nouveau prouvé, ne peut s'inoculer.

8° La syphilis se transmet des parens aux enfans par contagion directe à la naissance, ou par infection générale d'emblée pendant la gestation, sans symptômes primitifs précédens pour les enfans.

9° Les nourrices ne peuvent transmettre aux enfans que les symptômes primitifs, et *vice versâ.*

10° Les symptômes primitifs encore mal définis ne peuvent se produire que par l'application directe du principe spécifique dans les conditions voulues.

11° Les secondaires succèdent à ceux-ci, ou arrivent d'emblée pendant la gestation, ou dans des cas chez l'adulte, où les symptômes primitifs échappent à l'observation.

12° L'admission d'un principe morbide spécifique n'entraîne pas de rigueur celle d'un médicament spécifique.

13° Mais l'admission d'une cause constante spéciale, bien reconnue, peut laisser l'espérance de trouver un moyen curatif spécial ; c'est un champ ouvert aux recherches et que ferme la doctrine des inflammations simples.

14° Les maladies primitives sont locales et restent telles pendant un temps qu'on n'a point encore *déterminé.*

II. *Traitement.*

1° Il faut détruire les maladies primitives sur place le plus promptement possible, et rejeter comme erreur la plus grave la fâcheuse doctrine des répercussions.

2° Après les moyens prophylactiques que la philanthropie et la morale même la mieux entendue doivent conseiller, et s'efforcer de rendre meilleurs, les traitemens propres à faire avorter les symptômes primitifs doivent être *religieusement employés.*

3° Pour juger de l'efficacité des moyens employés pour détruire la maladie tant qu'elle n'était que locale, il ne faut pas commencer celle-ci du jour où les malades s'en sont aperçus, mais du jour où ils l'ont contractée ; attendu que c'est de là qu'elle part, et qu'il n'y a pas, comme on l'a avancé, d'incubations pour les symptômes primitifs, pas plus pour une blennorrhagie que pour une pneumonie, pour un chancre que pour l'abcès qui peut succéder à un corps étranger introduit dans nos tissus.

4° L'induration du chancre se rencontrant le plus souvent quand des symptômes secondaires doivent avoir lieu, et celle-ci n'arrivant que quatre, ou cinq, ou six

jours après l'inoculation, il est probable qu'en détruisant le chancre par la cautérisation avant cette époque, on doit se mettre à l'abri des symptômes secondaires.

5° Pour le chancre, après la cautérisation propre à le ramener à l'état d'ulcération simple, les antiphlogistiques, les émolliens, les opiacés, doivent constituer la méthode générale; les mercuriaux, la méthode exceptionnelle, appliquée dans les cas de chancres indurés, et dans les circonstances où les ulcérations rebelles n'ont cédé à aucun traitement.

6° Les mercuriaux employés dans la curation des symptômes primitifs ne sont pas prophylactiques des symptômes secondaires.

7° Leur mauvaise administration dans les symptômes primitifs peut rendre les symptômes secondaires plus graves. Employés chez des individus non syphilitiques, et pour d'autres maladies que la syphilis, ils ne méritent pas les reproches qu'on leur a faits: donc la plupart des accidens qu'on leur attribue ne sont dus qu'à la syphilis.

8° Le mercure constitue le médicament par excellence dans une foule de cas de symptômes secondaires; mais l'observation semble prouver qu'il est curatif de l'effet et non de la cause.

9° Sans l'emploi des mercuriaux il est des malades qui resteraient incurables des symptômes dont ils sont actuellement affectés.

10° D'après ce que nous avons dit plus haut il ne prévient pas d'une manière certaine les récidives qui ont lieu tant que le principe n'est pas épuisé par des voies encore inconnues.

11° Les symptômes qui réclament les mercuriaux guérissent bien plus vite par ces moyens que par toute autre méthode, quand ils peuvent céder à d'autres traitemens.

12° Dans les symptômes secondaires syphilitiques, les mercuriaux sont la règle générale; les antiphlogistiques, les sudorifiques, les révulsifs, sont les exceptions.

13° La blennorrhagie qui n'est pas accompagnée de chancres doit être traitée comme une inflammation catarrhale.

14° Les symptômes lymphatiques qui peuvent se manifester à la suite des symptômes primitifs, rentrent dans le domaine de la pathologie générale.

J'ai l'honneur, etc.

B. Ricord.

Chute de matrice; élytroraphie. — Cancer de la lèvre supérieure. — Section du nerf sous-orbitaire. Observations communiquées par M. Bérard jeune à la dernière séance de l'Académie.

Nous recevons communication de l'histoire exacte des malades présentés dans la dernière séance par M. Bérard jeune, candidat pour une place de membre de l'Académie (section de chirurgie).

1° *Chute de matrice guérie par l'élytroraphie.*

Une femme très-avancée en âge, depuis plusieurs années était affectée d'une chute complète de matrice réductible; mais la maladie se reproduisait aussitôt qu'elle se tenait debout. Pour la guérir de cette infirmité, M. Bérard a pratiqué une opération à laquelle il propose de donner le nom d'élytroraphie. Cette opération a été faite il y a deux mois et demi d'après la méthode d'un habile chirurgien anglais, M. Marshal-hall, et en suivant le procédé de M. Ireland. La matrice étant dans un état complet de prolapsus, M. Bérard a disséqué une bande de membrane muqueuse de la partie latérale gauche du vagin ayant 15 lignes de large, commençant à la face interne de la grande lèvre et se terminant sur le col de l'utérus; la réunion des bords de la plaie fut effectuée à l'aide de cinq points de suture simple; la réduction de l'utérus fut alors opérée et la malade placée dans son lit sans autre pansement. Elle y est restée quinze jours, au bout desquels elle s'est levée et a repris ses occupations habituelles, sans que l'utérus ait abandonné sa position normale. On peut aujourd'hui, en touchant la malade, s'assurer qu'il n'y a pas de reproduction de la descente de matrice: un point de suture tient encore vers le fond du vagin.

A cette occasion, M. Bérard communique à l'Académie qu'il a déjà fait trois autres opérations semblables sur deux femmes. La première a été pratiquée il y a bientôt six mois; la chute de matrice se reproduisit aussitôt que la malade commença à se lever. La seconde a été tentée un mois après sur la même femme, et la chute de matrice se reproduisit encore et de la même manière. On peut constater sur cette femme que les bords de l'incision ne se sont pas réunis et que le vagin est resté aussi ample qu'avant l'opération, circonstance qui explique la reproduction de la maladie. La troisième opération a été faite il y a maintenant vingt jours sur une femme de 36 ans. La malade commence à se lever et la guérison paraît solide. Aucun accident, soit primitif, soit consécutif, n'est survenu chez ces deux femmes, non plus que chez celle présentée à l'Académie (1).

M. Bérard invite MM. les Académiciens qui en auront le loisir à assister à une cinquième élytroraphie qu'il fera jeudi prochain, 13 août.

2° *Cancer de la lèvre supérieure; réparation presque complète de la lèvre.*

2° Une femme portait un cancer de la lèvre supérieure, qui occupait la totalité de la moitié droite de la lèvre, et s'étendait à gauche jusqu'au-dessous de l'aile

(1) Nous donnerons dans notre prochain numéro l'observation d'une opération semblable également faite avec un plain succès par M. Velpeau, et dont il a communiqué l'histoire dans la même séance.

du nez de ce côté, envahissant toute l'épaisseur de la hauteur de la lèvre. L'opération fut faite dans le mois de février 1835. Le cancer fut enlevé à l'aide de trois incisions : deux perpendiculaires à la lèvre, laissant le mal entre elles deux, terminées en bas au bord libre de la lèvre supérieure, en haut au bord adhérent ; la troisième transversale, au-dessus du mal, suivant le bord adhérent de la lèvre, et limitée à l'extrémité supérieure des deux premières ; le cancer enlevé, des lambeaux latéraux furent formés, en prolongeant l'incision transversale ou supérieure jusqu'au-devant de chaque masséter, et en fendant parallélement la joue depuis la commissure des lèvres, dans une égale étendue. Chaque lambeau avait la forme d'un carré alongé ou d'un rectangle dont trois bords étaient libres, savoir le supérieur, l'inférieur et l'interne, et dont le quatrième ou externe était adhérent au-devant du muscle masséter. Les lambeaux furent attirés vers la ligne médiane et unis l'un à l'autre par leur bord interne, à l'aide de la suture entortillée ; par leur bord supérieur, ils furent fixés aux joues et à la partie inférieure des fosses nasales par des points de suture simple et entortillée; en bas, des points de suture entortillée les unirent à la joue jusqu'au niveau de la commissure des lèvres ; en sorte qu'une partie de leur bord inférieur saignant formait le bord libre de la nouvelle lèvre supérieure. Les plaies se cicatrisèrent par première intention. On peut voir aujourd'hui que la lèvre supérieure et si bien restaurée qu'elle ressemble exactement à une lèvre sur laquelle l'opération du bec de lièvre a été faite de la manière la plus heureuse. La joue droite est un peu ridée vers le côté de la commissure des lèvres, à cause de la traction que le lambeau droit, moins long que le gauche, a exercée sur elle (1).

(1) C'est absolument le même procédé qu'à employé M. Lisfranc pour le malade qui a été présenté il y a un mois environ à l'Académie. Nous avons différé de donner cette observation, parce que nous attendons un mémoire que M. Lisfranc nous a promis sur ce sujet.

3° *Tic douloureux guéri par la section du nerf sous-orbitaire.*

Une femme, qui souffrait de cette affection depuis plus de vingt ans, avait infructueusement subi tous les traitemens conseillés contre les névralgies ; M. Bérard la trouva reléguée à la Salpêtrière parmi les malades dites incurables, éprouvant des douleurs si vives et si opiniâtres que la vie lui était devenue à charge. Un médecin avait tenté de la guérir en faisant la section du nerf sous-orbitaire, mais les douleurs, suspendues pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, n'avaient pas tardé à reparaître. L'opération fut faite par M. Bérard, dans le mois de mars 1835, de la façon suivante : Incision transversale sur la base de l'orbite ; seconde incision qui descend perpendiculairement du milieu de la première dans la fosse canine ; d'où plaie en T dont les angles sont renversés de haut en bas ; section des parties molles jusqu'au périoste de la base de l'orbite ; trou sous-orbitaire mis à découvert ; tous les filets qui en émargent parfaitement isolés avec la pointe d'une sonde cannelée pour ne point les couper ; section, avec perte de substance, de près de 4 lignes de longueur de ces mêmes filets. Au moment où le nerf sous orbitaire fut coupé, la malade éprouva une douleur excessivement vive, et que tous les traits de son visage exprimèrent de la manière la plus énergique ; mais cela passa avec la rapidité de l'éclair. Aussitôt après, la douleur avait entièrement disparu ; la joue, l'aile du nez, la lèvre supérieure, l'intérieur de la bouche du côté gauche, avaient non-seulement cessé de souffrir, mais étaient devenus parfaitement insensibles. Depuis lors les accès de névralgie n'ont plus reparu. En présentant sa malade, M. Bérard enfonce des épingles dans ses joues jusque dans sa bouche, et elle ne s'en aperçoit que quand elle les touche avec sa langue. La myotilité de ce côté est aussi grande que du côté opposé. Les conséquences de ce fait sont faciles à déduire et pour la pathologie et pour la physiologie des nerfs de la face.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

civils et militaires.

AOUT 1835.

N° 91. — 1er AOUT.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Quelques opérations de cataracte offrant des circonstances remarquables, pratiquées par le docteur CARRON DU VILLARDS.

(Recueillies par Ch. BRANZEAU.)

Quand les cataractes sont dures et qu'elles atteignent difficilement le degré d'opacité que l'on est convenu d'appeler la maturité, les malades restent souvent de nombreuses années dans une semi-cécité fatigante, et sont tout désappointés de voir bien des fois cet état se prolonger outre-mesure. Ne vaudrait-il pas mieux alors, quand le malade ne voit plus pour lire et voit à peine pour se conduire, recourir à l'opération, que de rester quatorze ans dans ce pénible état, en attendant la maturité, comme dans le cas suivant.

Cataracte double lenticulaire de couleur opale à reflet ambré, diagnostiquée comme dure il y a quatorze ans par le professeur Scarpa; guérison.

M. le baron René, des environs de Toulon, à la suite d'un violent accès de goutte dont il fut atteint dans les premiers jours de 1821, pendant son séjour à Venise, fut atteint d'une ophthalmie intense assez vive, à laquelle succéda une opacité assez prononcée du cristallin.

Il alla à Pavie consulter le professeur Scarpa, qui diagnostiqua deux cataractes lenticulaires, et engagea le malade à attendre qu'elles fussent plus complètes pour se faire opérer.

En 1825, elles étaient au même point, et Delpech lui donna le même conseil. D'année en année il attendit, et sa situation ne changea pas.

Au mois de mai 1832, il vint consulter le docteur Carron du Villards, qui lui conseilla de se faire opérer, en lui disant que ses cataractes étaient de nature à rester encore dix ans stationnaires: il attendit encore trois ans, et, convaincu de la vérité du pronostic, il revint à Paris, se confia aux soins du docteur Carron, qui l'opéra le 8 mars, en présence de MM. Ferrands, Vivalda, Mathieu et moi.

L'opération fut promptement exécutée par le procédé de Wenzel père, à la seule différence que le docteur Carron du Villards avait dilaté la pupille avec la belladone, tandis que le célèbre oculiste allemand n'employait jamais cette dilatation préalable. Les deux cristallins extraits étaient durs, opalins, semi-transparens, à teinte uniforme: aussitôt après leur extraction, le malade vit nettement.

La guérison fut prompte, rapide, et l'opéré put jouir avec bonheur du plaisir de voir nettement les objets, bonheur qu'il avait eu la constance d'attendre pendant quatorze ans et plus.

Les cristallins, confiés à un lapidaire habile, ont été exécutés en pierre dure d'une manière fort ressemblante.

Cataracte molle dans le principe, abaissement infructueux; la cataracte contracte des adhérences et devient siliqueuse. Guérison par l'extraction pratiquée par le segment supérieur de la cornée.

Madame ***, des environs de Colmar, fut adressée au docteur Carron du Villards, dans le courant de décembre, par un étudiant en médecine nommé Wimmer.

Cette dame, âgée de 28 ans, fut cataractée à la suite d'une violente ophthalmie interne, traitée seulement par les mercuriaux: en moins de deux ans la cécité fut complète, et elle se confia aux soins d'un opérateur ambulant nommé S. Joseph, qui tenta l'abaissement aux deux yeux et n'y put parvenir; il survint une inflammation consécutive assez vive, à la suite de laquelle la cataracte s'atrophia et devint siliqueuse.

A la rigueur on aurait pu encore tenter l'abaissement, mais le docteur Carron désirant être conséquent avec ses propres principes exprimés en ces termes. « Il faut pratiquer (1) l'extraction quand on rencontre une cataracte siliqueuse, ou lorsque l'on a déjà tenté infructueusement l'abaissement. »

Le docteur Carron pratiqua, dis-je, l'extraction par l'incision du segment supérieur de la cornée. L'opéra-

(1) Recherches pratiques sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte; propositions VI et VIII, page 41 et 42. J.

tion fut très-facile, parce que la malade fut admirable de sang-froid et d'immobilité.

L'incision achevée, l'opérateur saisit les cristallins avec les pincettes à lentilles de Mannoir, et rompit facilement les adhérences qui les fixaient aux procès ciliaires.

La réunion eut lieu par première intention, et en moins de quarante jours la guérison fut complète.

Dans les deux cas qui précèdent, le docteur Carron du Villards dérogea à ses habitudes ordinaires parce que les malades ne pouvaient rester que six à sept semaines au plus à Paris, et qu'il faut beaucoup plus de temps que cela pour que les yeux soient dans des conditions convenables pour pratiquer l'opération à deux époques différentes.

Cataracte dure ancienne à l'œil gauche; traitement interne infructueux; opération par extraction funeste à l'œil droit; abaissement; guérison.

Madame de Martelly, demeurant rue Caumartin, 43, âgée de soixante-dix-sept ans, fut presque tout à coup, il y a cinq ans environ, cataractée à l'œil droit; peu à peu le gauche se prit, et Madame voyant sa vue se compromettre de plus en plus, se décida à subir l'opération.

Quoique l'œil fût petit, profondément placé, abrité par une arcade sourcilière très-prononcée, un opérateur, qui ne pratique et ne croit qu'à l'extraction, employa ce procédé. Mais son habileté manuelle, sa grande habitude de cette opération, vinrent cependant échouer contre des obstacles physiques que ceux qui s'honorent de pratiquer une spécialité n'eussent point tenté de surmonter.

L'incision de la cornée ne fut point pratiquée dans un lieu convenable; l'iris fut profondément divisé, et il résulta de tout cet ensemble d'échecs une inflammation vive, une adhérence de l'iris à toute la cornée, et qui convertit la chambre antérieure en un magma informe composé de staphylômes de diverses espèces. On présuma que la vision était perdue.

En effet, il ne resta pas même dans cet œil le souvenir de la lumière.

Désespéré de ce résultat, madame de M..... tenta de guérir par des moyens médicaux un œil qu'elle redoutait de soumettre plus tard à une opération.

Pendant cinq ou six mois, Madame de M... se confia aux soins de M. de Laroche, sans que le remède infaillible fît autre chose que de laisser doucement le cristallin marcher vers une opacité complète. Quand elle le fut, Madame de M... s'adressa au docteur Carron du Villards, qui l'opéra par abaissement, en présence de MM. Chavensac, Martinet, Bianchi et moi.

L'opération fut rapide, nullement douloureuse, et aucun accident ne vint entraver une opération dont le succès complet ne se fit pas attendre plus de quarante jours.

Madame de M... peut maintenant lire, coudre et se promener seule dans Paris.

M. le docteur Sichel a été dans le cas de constater lui-même la netteté de la vision et de l'espace pupillaire.

Dans un prochain article nous examinerons quelques faits relatifs à la kératonyxis comparée à l'abaissement proprement dit.

N° 92. — 4 Aout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

Service de M. Cruveilhier.

Accumulation de noyaux de cerises derrière un rétrécissement du colon, causé par un cancer encéphaloïde; perforation de l'intestin et péritonite.

Une femme âgée de cinquante-huit ans, bien constituée, entra le 3 juillet à l'infirmerie, pour un dévoiement datant de quelques jours, et qui avait été rapidement suivi d'inappétence et de prostration des forces musculaires. Examinée le lendemain, elle parut en effet très-affaissée, lente dans ses réponses; elle pouvait cependant donner quelques renseignemens sur le début de sa maladie, qu'elle dit avoir commencé spontanément; depuis trois ou quatre jours, la langue était humide, la soif vive; le ventre, quoique un peu volumineux, n'offrait de sensibilité en aucun point.

En l'explorant avec soin, on vit, immédiatement au-dessous de la cicatrice ombilicale une tumeur arrondie du volume d'une noix, paraissant assez profondément placée dans la paroi abdominale, susceptible d'être circonscrite, mais ne pouvant être déplacée. Sa consistance était celle d'une anse intestinale étranglée, mais elle n'offrait pas de sonoréité, et n'était que peu sensible à la pression; on n'y sentait pas de fluctuation, et elle était entièrement irréductible. La peau était rouge et indolente.

A droite de l'ombilic, on sentait une série de petites tumeurs se prolongeant de ce point jusque dans l'hypocondre droit, où elles formaient une masse indolente. Les manœuvres répétées d'exploration n'avaient pas fatigué la malade. Il s'agissait de déterminer la nature de ces tumeurs; on rejeta d'abord l'idée d'un étranglement de l'intestin ou de l'épiploon, car la malade avait du dévoiement depuis plusieurs jours, n'avait éprouvé ni hoquets, ni vomissemens, et malgré la prostration de ses forces, était loin de présenter cette altération grave de la voix et de la face, et cette anxiété qui accompagne constamment les étranglemens des viscères abdominaux. Cependant, comme le ventre paraissait volumineux, et qu'une rétention des matières stercorales pouvait coïncider avec une diarrhée même ancienne, on donna deux onces d'huile de ricin par la bouche. La malade rendit plusieurs masses de matières de consistance assez dure, mais qui ne paraissaient point s'être moulées en passant à travers un point rétréci du tube digestif. Elle fut soulagée par cette éva-

cuation. Le 6 de nouvelles évacuations eurent lieu. En palpant attentivement l'hypocondre droit, on détermina profondément une crépitation sèche et fine, en tout semblable à celle de l'emphysème, et qui fut aussi perçue par toutes les personnes présentes. On produisait cette crépitation jusqu'à la tumeur ombilicale, où elle devenait plus obscure. La tumeur ombilicale avait un peu augmenté de volume, et l'on commençait à y sentir de la fluctuation. La soif et l'affaissement avaient augmenté. L'emphysème ne paraissant pas douteux, on pensa qu'il y avait rupture du colon et infiltration de gaz intestinaux dans la paroi abdominale, ou que ces gaz, ainsi infiltrés venaient de la tumeur ombilicale. Les jours suivans, la tumeur voisine de l'ombilic avait acquis le volume du poing d'un adulte, et offrait une fluctuation manifeste. La peau qui la couvrait présentait en trois points différens, une légère saillie avec rougeur, empâtement et un peu de sensibilité, comme s'il s'était préparé un travail destiné à donner issue aux liquides. L'état général empira, la langue devint sèche, la soif plus vive, l'affaiblissement excessif. Cependant le ventre restait souple, excepté dans les points indiqués de la tumeur ombilicale.

Le 13 au matin on la trouva plongée dans le coma avec défaut absolu d'intelligence, de sensibilité et de motilité. La peau était brûlante et en sueur, la pupille contractée et les yeux immobiles. Elle avait tremblé pendant long-temps avant la visite; elle mourut le 13.

Autopsie. Une incision pratiquée au-dessous de la matrice, de l'ombilic à la peau et à la couche graisseuse sous-cutanée, conduisit dans une poche contenant un verre d'un pus liquide, grisâtre, floconneux assez fétide. Cette poche était divisée en plusieurs cellules séparées par des cloisons incomplètes, et sa surface interne était recouverte par un détritus comme gangreneux. Le doigt introduit dans le fond de cet abcès parvint sans résistance dans la cavité péritonéale, à travers une ouverture étroite. L'abdomen fut alors ouvert; l'on constata la présence, dans sa cavité, d'un litre et demi environ d'un pus floconneux, dont la plus grande partie était dans le petit bassin; des flocons mous et blanchâtres existaient dans tous les replis du péritoine. Cette membrane séreuse était rouge et dépolie, les intestins offraient de nombreuses adhérences entre leurs circonvolutions, des arborisations et des ecchymoses sur leur surface extérieure. Le tube digestif était sain, et avait son volume ordinaire jusqu'au cœcum; mais cette portion du canal intestinal, ainsi que le colon ascendant et une petite partie du colon transverse, était distendue par une multitude de noyaux de cerise : c'étaient ces noyaux, dont le nombre s'élevait jusqu'à plus de six cents, qui, par leur collision entre eux, déterminaient cette crépitation qu'on n'avait cru pouvoir rapporter qu'à l'emphysème. Cette illusion était si naturelle, qu'on ne pouvait s'en défendre en réitérant l'exploration sur le cadavre. Trois de ces noyaux de cerise avaient passé dans la cavité du péritoine, par une ouverture de l'intestin à bords noirâtres. Cette ouverture avait six lignes de longueur sur quatre de largeur; ses bords n'avaient contracté aucune adhérence; elle était placée sur l'arc du colon, en deçà d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, développée aux dépens des parois de cet intestin, dont la cavité avait subi un rétrécissement qui admettait à peine l'extrémité du petit doigt.

Cette tumeur, qui était une encéphaloïde, n'occupait pas plus de deux pouces de l'intestin; elle était exactement limitée à sa circonférence, et avait contracté des adhérences intimes avec le péritoine de la paroi abdominale. L'ouverture de communication que j'ai signalée entre l'abcès sous-cutané et le péritoine, correspondait d'un côté à la tumeur encéphaloïde. Le cœcum et le colon ascendant ayant été ouverts, furent trouvés très-dilatés. On observait en outre, surtout vers la tumeur qui constituait l'obstacle à l'évacuation de ces noyaux, et où ils étaient plus nombreux et plus serrés, que la surface interne de l'intestin était criblée d'une foule de petites cavités qui, dans certains points, n'étaient que des dépressions; dans d'autres étaient de véritables ulcérations qui comprenaient la muqueuse, et même une partie de la membrane musculeuse. Le rectum contenait une petite quantité de matière stercorale de couleur et de consistance ordinaires.

F. Mimard.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Des Lésions traumatiques de la région périorbitaire (1).

Les auteurs ne paraissent pas avoir fait assez d'attention au sujet que nous allons aborder dans cette leçon. Bien que des faits importans concernant les blessures des environs de l'organe oculaire aient été consignés dans plusieurs livres de chirurgie, on ne lit nulle part un chapitre complet et bien élaboré sur cette matière.

Des trois classes de lésions traumatiques qui peuvent atteindre la région périorbitaire, les contusions, avec ou sans plaies, et les piqûres, méritent surtout l'attention du praticien. Ces blessures peuvent en effet avoir des conséquences graves, et sur l'appareil visuel et sur l'encéphale lui-même. Les plaies par instrument tranchant de ces parties n'en sont pas pourtant moins importantes à considérer, à cause des difformités fâcheuses qu'elles entraînent parfois.

---

(1) Les cours de l'école, qui se dit faculté de médecine, sont en général si pauvres de science et de pratique, et nous avons si rarement quelque chose à y prendre, que nos lecteurs nous verront sans doute avec satisfaction recueillir dans les leçons des professeurs bénévoles, autrement dit non payés, ce qui nous paraîtra offrir de l'intérêt sous l'un des deux rapports que nous avons indiqués.

Une contusion sans plaie et en apparence très-légère du pourtour orbitaire, a quelquefois produit une cécité instantanée par la simple commotion de la rétine, sans que l'organe oculaire ait rien perdu de sa transparence normale.

Un capitaine d'artillerie reçut un léger coup de balle morte à la tempe gauche; il perdit sur le champ la faculté visuelle de ce côté. Mais, chose remarquable, l'autre œil, qui était cataracté, s'éclaircit instantanément.

La commotion par contrecoup déplaça dans cet organe la cataracte, et le malade continua à voir en changeant son œil bon pour le mauvais. (Travers.)

Un chef de brigade de l'armée française en Egypte eut l'angle orbitaire externe d'un côté effleuré à peine par une balle; la peau ni les os n'ont pas été entamés, mais le sujet devint immédiatement aveugle de cet œil. La transparence et la forme de l'organe de la vision furent parfaitement conservées à l'état naturel. (Larrey.)

Ces faits expliquent assez les effets de la commotion sur l'expansion rétinienne.

D'autres effets cependant peuvent suivre les contusions que nous étudions. La contusion oculaire que le coup produit porte quelquefois son action sur les tissus vasculaires de l'intérieur de l'œil. De là l'apoplexie intra-oculaire.

Un homme reçut dans un cabaret un coup de bouteille au front; il fut transporté à l'Hôtel-Dieu (1829, service de Dupuytren). L'œil du côté blessé était devenu trouble, et le malade y accusait un sentiment de distension.

L'ayant examiné attentivement, j'ai trouvé les trois chambres de l'œil remplies de sang (1).

Un fait analogue au précédent s'est présenté à l'hôpital de la Charité; je l'ai publié dans le Bulletin de thérapeutique.

Il ne faut pas confondre cependant l'apoplexie oculaire avec ce que les auteurs ont nommé confusion des humeurs de l'œil.

Lorsque l'ébranlement de l'organe visuel est porté au point de désorganiser, ou plutôt de confondre les élémens de ce corps, il en résulte ce qu'on peut appeler le cahos oculaire. Dans ce cas la vision est perdue sans ressource, tandis que dans le premier cas, la résorption des humeurs extravasées peut permettre à la vision de se rétablir.

Dans la confusion des humeurs de l'œil il y a pourtant d'autres dangers à appréhender: ce sont les inflammations graves, le phlegmon du globe de l'œil, qui se termine quelquefois par la mort. Nous en traiterons ailleurs.

Mais les effets les plus remarquables qui arrivent quelquefois à la suite des blessures périorbiculaires sont ceux qu'on observe après certaines lésions des nerfs de cette région.

Il est vrai que les auteurs ont trop exagéré, souvent même mal interprété certains phénomènes qui suivent parfois ces lésions; mais les faits qu'ils nous ont transmis à cet égard n'en sont pas moins précieux pour la science. (*V.* Platner, *De vulneribus supercilii.*)

Une femme dont parle Valsalva caressait un coq favori. Cet ingrat volatile répondit trop brusquement aux caresses de sa maîtresse; elle en reçut un coup de bec qui produisit une petite plaie vers le tiers interne du sourcil. La vision de ce côté fut instantanément abolie. Valsalva et Morgagni attribuèrent ce résultat à la blessure du nerf sourcilier.

Les actes de la société anatomique de Paris ont, il n'y a pas long-temps, rapporté un fait analogue. Seulement la contusion avait ici été occasionée par un coup de fleuret au sourcil. MM. Baudens et Narducci ont également publié des observations de même nature. (Rev. méd, *Filiatre Sebesio.*)

Mais un fait des plus curieux de cette espèce est celui arrivé au célèbre Abernethy, de Londres. Ce chirurgien ayant essuyé une fracture des os du nez par suite d'une chute de cheval, a été tout étonné de se trouver tout à coup hémioptique (vision partielle des objets). Abernethy attribue avec raison ce phénomène à l'irritation produite par la fracture sur les nerfs naso-palatins.

Une remarque générale à faire à l'égard des blessures des nerfs périorbitaires, c'est que lorsqu'il n'y a eu que simple contusion sans plaie, la cécité, si elle doit avoir lieu, arrive ordinairement au moment même de l'accident; tandis qu'en cas de plaie profonde, au contraire, la vue ne s'éclipse qu'à mesure que la cicatrice se consolide. Cette remarque trouvera plus loin son application pratique.

Les contusions et les plaies contuses des environs de l'œil suivent dans quelques circonstances une marche insidieuse et perfide. Légères en apparence et sans accidens primitifs, elles finissent quelquefois par la mort d'une manière inattendue. C'est lorsque la lésion a atteint le périoste circum-orbitaire ou le ligament large des paupières que cet effet peut avoir lieu. Ces membranes étant, comme on sait, en continuation de tissu avec la dure-mère, leur phlogose peut facilement se transmettre dans la boîte crânienne.

Un maître d'escrime dont parle Monro, reçut un coup de fleuret boutonné à la base de la paupière supérieure, entre la paroi orbitaire supérieure et le globe de l'œil. Une douleur sourde, mais supportable, s'établit sur ce point, s'irradiant dans l'orbite et dans la tête. Quelque temps après, frissons, fièvre, délire, assoupissement, convulsions, mort. A l'autopsie, on ne trouva d'autre lésion qu'une inflammation suppurative de la dure-mère rétro-orbitaire.

Petit, de Namur, a été tout étonné de voir mourir un capitaine dans des symptômes encéphaliques arrivés tout à coup, le onzième jour d'un léger coup d'épée qu'il avait reçu en duel à la partie supérieure de la joue. La nécropsie fit découvrir une suppuration de la portion de la dure-mère qui redouble le cône orbitaire.

---

(1) J'ai donné le nom de *galerie oculaire*, ou de troisième chambre de l'œil, à l'espace de cet organe qui est occupé par le corps vitré.

Dans un autre cas analogue, le même praticien put conjurer de bonne heure l'orage à l'aide de saignées copieuses, et le malade fut arraché à une mort certaine.

Il y a des circonstances où la contusion du périoste de l'orbite n'est suivie que d'une épiphlogose toute locale. Dans ce cas, les membranes enflammées sécrétent une matière coagulable qui s'ossifie et forme une exostose épiphysaire.

Dans mon travail sur les exostoses, j'ai rapporté une observation de cette espèce; il s'agit d'une demoiselle de la campagne, qui reçut un coup de corne de vache sur l'orbite, lequel donna naissance à une tumeur osseuse, et à l'exorbitisme consécutif du globe oculaire.

Un dernier effet enfin dont les contusions du voisinage de l'orbite sont susceptibles, c'est le resserrement ou l'oblitération du canal nasal lorsqu'il y a écrasement des os du nez. Cette circonstance, qui a déjà été observée plusieurs fois, a été suivie d'une fistule lacrymale difficile à guérir.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que les plaies des paupières par explosion de la poudre à canon, par coups de fusil chargé en plomb de chasse, par action de substances caustiques, etc., ne font partie de l'ophthalmologie que par les soins spéciaux que ces lésions exigent pour prévenir certaines difformités. Nous en traiterons d'une manière particulière.

Les piqûres de la région en question sont parfois capables des mêmes résultats que nous venons d'exposer pour les contusions. Un instrument pointu pourtant jouit d'autres facultés offensives que les corps contondans. Il peut dans quelques circonstances atteindre directement le nerf optique par le côté externe de l'orbite, sans blesser directement le globe oculaire.

Un garçon cordonnier de la rue des Filles-du-Calvaire, pour lequel j'ai été consulté, était amaurotique d'un côté par suite d'un coup d'alène qu'il avait reçu entre la paroi externe de l'orbite et le globe de l'œil. Il est très-probable que dans ce cas la portion courbe du nerf optique, qui est très-près de l'angle externe de l'orbite, avait été blessée par l'instrument.

Ces sortes de corps fériteurs se brisent quelquefois, et leurs restes dans les parties molles occasionent des accidens assez fâcheux. Weller cite le cas d'une paralysie du globe oculaire et d'une fistule palpébrale déterminées par un morceau de tuyau de pipe resté inaperçu dans l'orbite.

Il est enfin excessivement rare qu'un instrument pointu pénètre accidentellement dans le sac lacrymal: je ne crois pas que cette espèce de blessure soit généralement suivie de fistule, ainsi que quelques auteurs le prétendent. Si le canal nasal est libre, il arrivera ici ce que nous observons ordinairement dans la ponction de la vessie urinaire, c'est-à-dire l'oblitération prompte de l'ouverture.

Quant aux effets des divisions des paupières par instrumens tranchans, elles méritent une attention particulière, ainsi que nous l'avons déjà dit. Ce sont surtout les difformités que ces divisions entraînent qui doivent nous occuper. Que d'ectropions et de colobomas n'a-t-on pas vus à la suite de ces blessures mal soignées? Qui ne se rappelle les circonstances fâcheuses de ce cas d'éraillement de la paupière inférieure, rapporté par Ledran (mémoires de l'acad. de chirurg.) chez un individu qui éprouva cet accident par suite de la division du tendon du muscle naso-palpébral pendant l'opération de la fistule lacrymale pratiquée par un oculiste!

On ne voit malheureusement que trop souvent, même de nos jours, des erreurs de cette espèce par des hommes qui s'adonnent à une spécialité avant de bien connaître toute la science et la pratique de notre art.

Le traitement qui se rattache aux différentes espèces de lésions que nous venons de passer en revue, mérite donc la plus grande attention de la part du praticien.

N° 93. — 6 Aout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Bouillaud.

Rupture d'une caverne dans la cavité de la plèvre, hydropneumo-thorax, suivie de quelques réflexions sur le mécanisme du tintement métallique; par M. Raciborski, D.-M.-P.

Le nommé Daron (Jean), âgé de vingt-quatre ans, tailleur, est entré le 20 mai 1835 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 18.

Cet homme, d'une constitution faible, évidemment lymphatique, dit avoir joui autrefois d'une assez bonne santé. Depuis le carnaval dernier, après des excès, il a éprouvé des indispositions assez fréquentes.

Il y a six semaines, il entra à l'Hôtel-Dieu pour un ictère. Après l'emploi des purgatifs, il sortit au bout de six jours, mais non complètement guéri.

Depuis cette époque il a toussé souvent, et a craché des matières qui n'ont jamais été mêlées de sang. Il y a trois jours il dit avoir ressenti un mouvement fébrile très-prononcé; la soif était vive, l'appétit s'était conservé; pas de vomissemens, pas de dévoiement.

Etat à l'entrée à l'hôpital.

Figure pâle, abattue; langue blanche, humide; appétitit moindre qu'à l'état de santé, soif vive, ventre souple, pas de vomissemens, léger gargouillement dans la fosse iléo-cœcale; pas de dévoiement. La résonnance est faible des deux côtés de la poitrine, où on entend du râle muqueux en avant et en arrière; la bronchophonie est assez marquée au sommet du poumon gauche.

21. Langue saburrale, d'un blanc jaunâtre; bouche amère, haleine fétide, chaleur intense de la peau; 112 pulsations par minute; pouls assez développé, toux avec expectoration blanche, légère sensibilité du ventre, gargouillement dans la région iléo-cœcale, râle

muqueux, bronchophonie. Solution de sirop de gomme, 4 pots; ventouses scarifiées sur la partie antérieure de la poitrine; demi-lavement d'amidon.

Les jours suivans le malade a eu un peu de dévoiement; le ventre est devenu un peu douloureux.

Au commencement du mois de juin, on trouve le bruit de pot fêlé au sommet du poumon gauche. On prescrit des cataplasmes laudanisés sur le ventre; des boissons douces et un régime composé de bouillon et de lait en quantité modérée.

Le 27 juin on applique deux emplâtres émétisés au-dessous de la clavicule.

Malgré tous ces moyens, l'affection tuberculeuse du poumon et des intestins fait des progrès. On distingue parfaitement le gargouillement au sommet du poumon gauche, à l'endroit où l'on a constaté le bruit de pot fêlé. A droite, dans toute la partie antérieure de la poitrine, on entend un gros râle muqueux se rapprochant du gargouillement.

Au commencement du mois de juillet, il s'est joint à ces symptômes une bouffissure de la face et un œdème des pieds qui remontait aux cuisses.

Cet état a continué les jours suivans.

Le 22 juillet le malade a commencé à éprouver une gêne dans la respiration; et une légère oppression au côté gauche.

Le 23 au soir, nous trouvons que le côté gauche de la poitrine est manifestement bombé. Ce côté a offert à la percussion un beau son de tambour dans toute l'étendue. L'oreille, appliquée sur les parois correspondantes, n'entend aucune respiration vésiculaire, mais elle perçoit très-bien la respiration amphorique. Au sommet du poumon, on distingue un tintement métallique. On croirait entendre une goutte de liquide tombant sur la surface d'une eau qui serait contenue dans une carafe.

Le cœur a été refoulé à droite.

En arrière s'entendent les mêmes bruits. Le long de la colonne vertébrale la respiration est vésiculaire, mais on y entend aussi le tintement mentionné. L'oppression est très-grande, la respiration très-accélérée. La peau est couverte de sueurs copieuses.

24. Mêmes bruits que la veille; mais de plus, lorsqu'on fait parler le malade, on entend un tintement argentin dans toute l'étendue du côté gauche du thorax. L'oreille apprécie très-bien que ce tintement n'est autre chose que le retentissement des rayons sonores épanchés du poumon par l'ouverture de communication, dans la cavité de la plèvre, dont les parois élastiques, distendues par le gaz, favorisent beaucoup le développement de ce son.

L'oppression est grande; le malade se couche indifféremment sur tous les côtés; pouls petit, filiforme; sueurs froides très-abondantes, faiblesse extrême.

Mort à six heures du soir.

Autopsie. — Le côté gauche du thorax est généralement bombé. Une ponction étant faite, l'air s'échappe avec sifflement; le poumon gauche est refoulé contre la colonne vertébrale. La cavité de la plèvre contient à peu près un verre d'un liquide jaunâtre; le poumon examiné a présenté à son extrême sommet une petite ouverture de la grandeur d'un petit pois; elle communiquait avec une caverne pouvant contenir un œuf de poule. Celle-ci était lisse à l'intérieur, recouverte par une fausse membrane de nature presque fibreuse, très-résistante, et se perdant insensiblement dans la membrane interne des bronches, dont on voyait plusieurs ouvertures béantes Le reste de ce poumon, ainsi que le poumon droit, contenait beaucoup de tubercules crus et plusieurs tubercules ramollis, formant de petites cavernes.

Les intestins grêles ont présenté des ulcérations que l'on y rencontre ordinairement chez les phthisiques.

La rareté de la rupture des cavernes dans la cavité des plèvres n'est pas le seul motif qui nous ait engagé à publier les cas ci-dessus, il s'y rattache un autre intérêt; il peut servir à éclairer le mécanisme de quelques phénomènes acoustiques qui accompagnent cet état pathologique.

Laënnec est le premier qui nous a appris à bien diagnostiquer les ruptures des cavernes dans la cavité des plèvres. Tout le monde sait que d'après ce célèbre observateur, on doit entendre alors deux principaux phénomènes de l'acoustique, respiration amphorique et tintement métallique.

Laënnec regarde comme cause du tintement métallique la vibration de l'air à la surface du liquide, quand il est agité par la respiration, la voix ou la toux.

Dance et plus récemment M. Beau ont essayé d'expliquer la production de ce bruit par la rupture de bulles d'air formées à la surface du liquide contenu dans la cavité de la plèvre. Mais alors il fallait admettre avec ces auteurs que, pour que ce bruit puisse avoir lieu, le niveau du liquide contenu dans la cavité de la plèvre doit se trouver au-dessus de l'ouverture de la rupture, car autrement il n'y aurait pas de bulles, et conséquemment on ne devrait pas entendre le bruit.

Il faut avouer que cette théorie est assez plausible: cependant nous pensons que l'explication de Laënnec est susceptible d'une application plus générale.

Nous avons d'abord à vérifier si la disposition du liquide par rapport à l'ouverture, est ordinairement telle que l'annonce la théorie de Dance et de M. Beau: or, nous verrons souvent le contraire. Les ruptures des cavernes ont lieu, dans la majorité des cas, près du sommet du poumon, à raison de la prédilection des cavernes pour cette région. D'un autre côté, il est rare que le liquide exhalé dans la cavité de la plèvre, à la suite de la rupture, remplisse cette cavité jusqu'au sommet.

Or, si cette disposition est la plus fréquente, il est difficile alors d'y appliquer la théorie du tintement métallique ou bullaire proposée par M. Beau. L'explication de Laënnec y trouve au contraire très-bien son application: l'observation que nous venons de citer milite en faveur de cette dernière: l'ouverture a été placée tout-à-fait au sommet du poumon; la cavité de la plèvre contenait à peine un verre de liquide au fond, de sorte qu'il est impossible d'admettre la formation de bulles dans la cavité de la plèvre.

L'oreille distinguait très-bien un tintement argentin analogue à celui que produirait, d'après Laënnec, une mouche bourdonnant dans un vase de porcelaine; et nous pensons que l'entrée de l'air par une étroite ouverture dans une vaste cavité entourée de parois élastiques et distendues par de l'air, est une raison suffisante de la formation de ce bruit.

Mais en rendant justice à l'explication de tintement métallique proposée par Laënnec, nous sommes loin de vouloir repousser celle de Dance et de M. Beau! Nous dirons plus : les deux explications sont justes, et si elles diffèrent un peu, cette différence résulte de ce que Laënnec a envisagé la cause immédiate du tintement métallique, tandis que Dance et M. Beau ont envisagé sa cause éloignée, sa cause primitive.

Le cas que nous avons cité va mieux faire comprendre ce que nous avançons.

Le sommet gauche du poumon contenait une caverne assez vaste remplie en partie de liquide, et communiquant par les ouvertures bronchiques avec le reste du poumon.

Quelle est donc la conséquence de cette disposition anatomique?

L'air entrant à chaque inspiration dans le poumon gauche se rendait par les ouvertures mentionnées dans la caverne: il y soulevait le liquide en forme de bulles; mais celles-ci ne pouvant franchir l'ouverture de communication de la caverne avec la plèvre, se rompent dans la caverne même: l'air qui s'en échappe passe dans la cavité de la plèvre, et son retentissement donne lieu au tintement métallique.

Nous voyons donc que ce bruit est précédé d'un double phénomène de la rupture des bulles et de la vibration de l'air dans la cavité de la plèvre.

Mais la vibration de l'air est la seule cause immédiate du tintement métallique. La rupture des bulles n'est qu'un des épiphénomènes dûs au passage de l'air à travers le liquide, et nous sommes convaincus que, sans la présence du liquide dans la caverne, sans la formation des bulles, l'air entrant du poumon dans la caverne, et de là dans la cavité de la plèvre, donnerait lieu à un tintement métallique aussi bien que dans le cas précédent.

Donc, nous le répétons encore une fois, la rupture des bulles ne nous paraît être qu'un épiphénomène qui précède souvent la production du tintement métallique à cause de la fréquente coïncidence de cavernes remplies de liquide avec la rupture de celles-ci dans la cavité de la plèvre.

Si nous cherchons maintenant la raison d'un autre bruit que nous avons entendu tout-à-fait au sommet du poumon et qui parfois paraissait se propager jusqu'à la base du thorax, principalement en arrière près la colonne vertébrale, il est probable que nous la trouverions dans l'agitation du liquide caverneux et dans la chute de quelques gouttes de celui-ci par l'ouverture de la rupture sur la surface du liquide contenu dans la cavité de la plèvre. Peut-être en même temps qu'un des élémens constituant une bulle, l'air produit le tintement métallique par son retentissement dans la cavité de la plèvre; l'autre élément, le liquide, par sa chute sur l'épanchement pleurétique, donne lieu à une autre variété de tintement métallique, imitant le bruit d'une goutte qui tombe dans une carafe contenant une certaine quantité d'eau.

La rupture des cavernes est une des terminaisons assez rares; ordinairement la mort ne tarde pas à suivre cet accident, excepté les cas où une adhérence s'établit immédiatement entre l'ouverture et la plèvre pariétale correspondante.

Une autre terminaison plus heureuse des ulcérations caverneuses, c'est la guérison; mais elle est aussi plus rare: cependant sa possibilité est aujourd'hui démontrée. Laënnec et M. Andral ont cité beaucoup d'exemples de ce genre. Nous avons rapporté un cas analogue dans ce journal : la guérison s'est opérée sous nos yeux et a coïncidé avec l'emploi des émissions sanguines.

Aujourd'hui nous avons encore observé un nouveau cas où la guérison de la caverne est palpable.

Comme la malade est entrée à l'hôpital pour une indisposition absolument étrangère aux organes respiratoires, nous nous contenterons de rapporter les points principaux. Elle tousse depuis quatre mois; la toux a été suivie d'une expectoration copieuse de matières blanches qui n'ont jamais été mêlées de sang; elle a eu des sueurs abondantes; elle a maigri considérablement: ses règles n'ont pas tardé à cesser.

Depuis au moins six semaines l'expectoration a cessé entièrement. Tous les autres symptômes se sont arrêtés dans leur marche. Une circonstance que nous voulons noter sans y attacher une importance majeure, c'est que la malade date sa maladie d'une époque où elle prodiguait des soins à une personne atteinte de tubercules et qu'elle l'attribue à la contagion.

A son entrée à l'hôpital, nous avons constaté au-dessous de la clavicule gauche, le bruit de pot fêlé et la respiration caverneuse presque amphorique: le reste de ce poumon et le poumon droit n'offrent rien d'anormal.

La malade est amaigrie, mais son amaigrissement reste stationnaire; elle est pâle, comme étiolée. Il y a absence complète de toux, d'expectoration, de dévoiement; les sueurs sont normales. Les extrémités des doigts sont pointues et les ongles crochus, comme on les observe ordinairement chez les phthisiques.

Il est vrai qu'à la rigueur, en l'absence des signes consécutifs, tels que les sueurs et le dévoiement, on pourrait rattacher le bruit de pot fêlé et la respiration caverneuse à une dilatation partielle des bronches, suite d'un ancien catarrhe. Mais remarquant bien la constitution de la malade, qui est précisément celle qui, d'après les savantes observations de M. Roche, prédispose le plus aux tubercules, il nous est difficile de concevoir qu'une fluxion inflammatoire puisse s'opérer pendant un si long temps sur le poumon, sans amener la déposition de la matière tuberculeuse, dont le système circulatoire charrierait les élémens.

HOSPICES DE PARIS.

Un journal publie les détails statistiques suivans sur les hospices et les hôpitaux de la capitale.

On compte à Paris douze hôpitaux, qui sont les suivans.

Hôtel-Dieu. — Cet hospice contient 1,000 lits. On y admet les malades, excepté les enfans, les fous, les incurables, les femmes en couches et les individus attaqués de maladies vénériennes ou chroniques.

L'hôpital de la Pitié. — 600 lits. Mêmes maladies qu'à l'Hôtel-Dieu.

L'hôpital de la Charité. — 300 lits. Mêmes maladies qu'à l'Hôtel-Dieu.

L'hôpital Saint-Antoine. — 250 lits. Comme à l'Hôtel-Dieu.

L'hôpital Cochin. — 200 lits. Comme à l'Hôtel-Dieu.

L'hôpital Necker.—140 lits. Comme à l'Hôtel-Dieu : plus, un service spécial pour le traitement de la pierre par la lithotritie.

L'hôpital Beaujon. — 180 lits. Mêmes maladies qu'à l'Hôtel-Dieu.

L'hôpital des Enfans. — 550 lits pour les enfans malades des deux sexes, de 2 à 15 ans.

L'hôpital Saint-Louis. — 700 lits. Maladies de la peau, ulcères, scrofules, dartres, etc. Consultations gratuites tous les jours, bains médicinaux, vapeur, soufre, etc.

L'hôpital des Vénériens. — 650 lits.

Maison royale de santé. — 175 lits. Cette maison est destinée aux malades ou blessés qui, n'ayant pas les moyens de se faire traiter chez eux, peuvent payer au prix de journée, 3, 4 ou 6 fr., suivant la nature du service.

Maison d'accouchement (Maternité). — 350 lits.

On compte 10 hospices, institutions ou asiles, savoir :

Hospices des Enfans-Trouvés ou de l'allaitement. — 258 lits. Réception, allaitement et placement des enfans abandonnés.

Deux hospices de la vieillesse. Pour les femmes, la Salpêtrière, 5,100 places. Pour les hommes, Bicêtre, 3,200 places.

Deux hospices des Incurables. Pour femmes et enfans, 525 lits. Pour hommes, 455 lits.

Hospice Larochefoucauld. — 200 lits. Retraite pour employés des hospices, indigens des deux sexes, âgés ou infirmes, pensionnaires.

Hospice de Orphelins. — 750 lits : moitié pour filles, moitié pour garçons, enfans des deux sexes abandonnés, entretenus jusqu'à leur majorité.

Institution de Sainte-Périne. — 175 lits : personnes des deux sexes âgées ou infirmes, qui paient pension ou somme fixe à l'admission.

Hospices des Ménages. — 670 lits : époux indigens. L'un doit avoir au moins 70 ans, l'autre 60 ; veufs et veuves de 60 ans.

Hospice Saint-Michel, à Saint-Mandé.—12 lits pour vieillards septuagenaires. Cette maison a été fondée par M. Boulard, ancien négociant, à Paris.

Il y a donc dans Paris 16549 lits pour les malades.

Indépendamment des hôpitaux, Paris renferme un grand nombre d'autres institutions de bienfaisance qui ne se trouvent point comprises dans les attributions du conseil-général.

N° 94. — 8 Aout.

DES RAPPORTS SYMPATHIQUES DE L'OEIL

Avec l'appareil gastro-intestinal dans l'étude du choléra.

Il est des maladies si bizarres et en même temps si meurtrières, que la science doit accueillir avec empressement tout ce qui est de nature à les faire étudier sous un point de vue nouveau, et à augmenter ainsi la somme de données qui peuvent concourir à rendre leur histoire plus complète.

Le choléra, qui réunit au plus haut degré ces deux caractères, semble imposer à tout homme de l'art le devoir d'adopter dans l'étude de cette maladie tous les moyens d'investigation que l'analogie et l'expérience ont pu lui suggérer.

C'est pour remplir ce devoir que nous nous décidons à livrer à la publicité l'aperçu synthétique qui nous a vivement frappé.

Les rapports de l'œil avec le canal gastro-intestinal sont établis d'une manière positive, et peuvent être facilement vérifiés par un simple regard porté sur la physiologie, la pathologie et l'anatomie de ces parties.

Les faits que nous allons rapporter, isolés les uns des autres, étudiés séparément et d'une manière abstraite, peuvent être facilement infirmés ou avoir peu de valeur dans l'application que nous voulons en faire ici ; mais, réunis en un seul faisceau, constitués harmoniquement et considérés dans leur ensemble, ils sont bien dignes d'examen de la part de l'observateur intéressé à éclairer l'histoire du fléau qui nous désole.

1° Les secousses gastro-intestinales provoquent le rétrécissement de la pupille.

2° La gastro-entérite aiguë ou chronique se complique souvent d'ophthalmie.

3° Les affections vermineuses provoquent la dilatation des pupilles.

4° M. Maunoir fait observer que la peur produit la diarrhée, relâche les sphincters de l'anus, dilate la pupille, etc.

5° La lumière naturelle ou artificielle, agissant sur l'œil, provoque dans certains cas le vomissement.

6° Si les objets passent rapidement devant les yeux, si l'on regarde à travers un verre un peu dépoli, ou dans un miroir convexe à la distance locale, on éprouve des envies de vomir et même des vomissemens quand il y a disposition.

7° Dans la mydriase et l'héméralopie avec dilatation

des pupilles, l'appareil gastro-intestinal est ordinairement malade; il y a envies de vomir; vomissemens et coliques.

8° La cautérisation de la cornée a été suivie de vomissemens.

9° Peu d'heures après l'opération de la cataracte par extraction, surtout après celle par abaissement, il se manifeste en général des vomissemens spasmodiques très-violens, qui se continuent pendant plusieurs jours. Ils peuvent se joindre à la diarrhée, aux crampes, au refroidissement, et mettre la vie des malades en danger.

Ces phénomènes traumatiques réactionnels, portés à leur apogée, établissent un véritable choléra artificiel contre lequel échouent très-ordinairement les anti-émétiques, les calmans et les anti-spasmodiques. On ne fait cesser ce violent orage qu'en suspendant toute boisson, et surtout en enlevant à l'œil l'excès d'innervation et d'inflammation, dont il est le siége, par des topiques dirigés sur cet organe, par l'excision de la conjonctive boursouflée, etc.

Si nous analysons l'ensemble des symptômes que présente le choléra-morbus asiatique, nous remarquerons:

Dans la première période : Trouble de la vue; gaze devant les yeux; fraîcheur électrique d'une tempe à l'autre.

Dans la seconde période : Yeux enfoncés dans l'orbite; injection sanguine de la conjonctive : sclérotique parcheminée, ecchymosée, amincie d'ailleurs et transparente au point de laisser paraître la choroïde.

Dans la troisième période, les yeux se remplissent de sang, la cornée se flétrit et se dessèche.

Dans six yeux préparés avec soin, on a reconnu une injection marquée des principaux vaisseaux de la choroïde.

On ne sera plus étonné des rapports étroits d'action qui unissent l'œil à l'appareil gastro-intestinal, on les comprendra et on se convaincra qu'ils ne peuvent pas ne pas avoir lieu, si l'on se rappelle les liaisons nerveuses qui existent entre ces deux systèmes éloignés. Le ganglion ophthalmique fournit les nerfs ciliaires; accompagnés du filet nasal, ils traversent la sclérotique et parviennent au cercle ciliaire, regardé lui-même comme un autre ganglion; de manière que ce dernier correspond avec le premier par les nerfs ciliaires, et celui-ci avec le ganglion cervical supérieur et le nerf grand-sympathique par le filet nasal.

Tel est, en abrégé, l'exposé des faits dont nous voulions établir la corrélation. Quant au parti qu'on peut tirer de leur rapprochement et de leur appréciation dans l'étude du choléra, pour en déduire des conséquences propres à éclairer l'étiologie et la nature de cette maladie, ou à servir de base à quelque indication hygiénique ou thérapeutique qui lui soit applicable, nous laissons à d'autres, pour le moment, le soin de le déterminer.

Nous nous bornons donc, aujourd'hui, à indiquer d'une manière sommaire les réflexions qu'a fait naître en nous l'étude comparée de ces faits, comme une nouvelle voie pouvant conduire à la connaissance de faits nouveaux. C. Volpelière et A.-H. Serre, D.-M.

Alais, le 25 juillet 1835.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. Roux.

Tumeur érectile de la lèvre supérieure; opération d'après le procédé de M. Lallemand.

L'on sait que M. Lallemand a publié dernièrement une méthode particulière d'opérer les tumeurs érectiles de la surface du derme. Cette méthode consiste à passer des aiguilles en différens sens dans la masse morbide et à les y laisser à demeure jusqu'à ce que leur présence provoque une inflammation oblitérative dans les vaisseaux et les mailles de la tumeur. Ce mode opératoire vient d'être mis en exécution à l'Hôtel-Dieu; voici le fait.

Une jeune fille, âgée de 11 ans, portait, dès la naissance, à la lèvre supérieure, une de ces taches vasculaires qu'on appelle *nævi materni*. Une tumeur de couleur plombée succéda à cette tache qui prit bientôt un accroissement considérable, et arriva à un point de difformité très remarquable. A l'entrée de la malade à l'hôpital, cette tumeur offrait les caractères suivans :

Lèvre supérieure convertie en une sorte de grain fongiforme, analogue pour les apparences à un museau de cochon adulte. Ce boursouflement est plus déclaré d'un côté que de l'autre; il embrasse l'origine de la sous-cloison nasale et s'étend en décroissant le long de la joue du côté droit, jusqu'à la paupière inférieure correspondante. Les vaisseaux de ce voile anti-oculaire sont variqueux et communiquent manifestement avec la tumeur.

La densité que la grosseur présente n'est pas considérable : elle est mollasse au toucher comme une sorte de vessie remplie partiellement d'un liquide. Sa couleur est plombée ou bleuâtre.

En la pressant avec les doigts on la réduit facilement de moitié dans son volume; sa couleur devient alors moins prononcée.

La peau qui la couvre est très-fine, très-distendue, et la muqueuse prolabiale qui est renversée en haut, présente un point d'excoriation.

La tumeur augmente de volume lorsque la petite malade s'agite, crie ou pleure.

Nous ferons remarquer pourtant que la masse morbide de cette grosseur ne présente pas de battemens artériels appréciables sur aucun point, et qu'elle nous paraît manifestement formée de vaisseaux veineux. Elle semble avoir quelque chose d'analogue aux tumeurs variqueuses de la région rétro-scapulaire, décrites par Séverin, par Scarpa et par d'autres.

On l'a opérée de la manière suivante :

Onze longues épingles acéphales ont été enfoncées en différens sens à la base de la tumeur, de manière à percer de part en part chaque point sur lequel on agissait.

Trois de ces épingles ayant été passées transversalement au-devant de la cloison nasale, huit autres ont

été enfoncées en dehors, c'est-à-dire quatre de chaque côté à la base de la lèvre. La tumeur s'est trouvée ainsi circonscrite par ces épingles dans son hémisphère supérieur.

L'hémisphère inférieur est resté entièrement libre.

Un fil très-fin enfin a été passé autour de ces épingles. Ce fil nous paraît avoir plutôt pour but d'empêcher les épingles de se déplacer que d'agir directement sur le mal.

Aujourd'hui, cinquième jour de l'opération, la malade ne souffre pas plus qu'auparavant. La tumeur s'est gonflée un peu; elle est devenue plus rénittente et plus colorée; mais nous ne voyons pas encore qu'il se passe dans les tissus morbides des changemens assez actifs qui indiqueraient une oblitération de l'éponge sanguine.

Nous ne pouvons encore rien dire de positif sur les résultats de cette opération; mais si nous en croyons à notre jugement chirurgical, nous pensons que le nombre des épingles dont on a entouré la tumeur n'a pas été suffisant, et qu'il faudra probablement avoir recours à une seconde opération.

Nous pensons en outre que M. Roux ferait bien, dans ce cas, de joindre à ce moyen une compression méthodique et des affusions fréquentes d'eau de rose alumineuse sur la tumeur, qui pourraient rendre plus active l'action oblitérative des épingles.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Des Lésions traumatiques de la région périorbitaire. Traitement. (*V.* le n. 92.)

Il existe deux espèces de traitement dans les blessures que nous étudions. L'un pourrait être appelé général, c'est-à-dire pouvant appartenir à toutes les espèces de lésions que nous venons de passer en revue; l'autre spécial. Celui-ci est relatif au degré, à la nature et aux circonstances particulières de la maladie. Le premier a pour but de remédier à un accident existant ou imminent; le second de satisfaire aux indications spéciales que la blessure présente.

Les remèdes de la première catégorie peuvent, à la rigueur, se réduire à trois :

1° Saignées :

2° Réfrigérans généraux et locaux;

3° Repos de l'organe malade. Cette dernière expression n'indique ici que la soustraction de l'organe visuel à la lumière.

Toute blessure de la région périorbitaire ne réclame pas rigoureusement la saignée. Il y en a parmi ces blessures dont le traitement n'exige que l'application de compresses trempées dans de l'eau fraîche.

L'ecchymose traumatique des paupières, que le vulgaire appelle œil poché, ne se traite pas autrement. Il est vrai que ces ecchymoses, traitées de la sorte ou abandonnées à elles-mêmes, déterminent quelquefois un abcès dans le tissu lamellaire des paupières; mais si l'on a la précaution d'exercer de bonne heure une légère compression méthodique, la résorption se fait avec une rapidité étonnante, et les malades guérissent sans accident. La compression dans ces cas, appliquée dès le principe du mal, a aussi l'avantage de prévenir les progrès de l'épanchement cellulaire. Mais, en général, lorsque la blessure périorbiculaire a fait retentir ses effets sur l'organe oculaire ou bien sur l'encéphale, qu'une réaction par conséquent est à craindre, comme par exemple le phlegmon oculo-cérébral, etc., les saignées deviennent le plus puissant secours.

Il est d'expérience que pour débuter dans ces cas, une forte saignée pratiquée d'un seul coup produit de meilleurs effets qu'une petite répétée plusieurs fois. M. le professeur Mojon, a eu toujours à se louer de cette conduite dans sa pratique au grand hôpital de Gênes.

J'ai noté, comme M. Demours, que dans les circonstances graves dont il s'agit, la saignée de la jugulaire produisait de meilleurs effets que les autres espèces d'évacuations sanguines. Lorsque le degré de la réaction cérébro-oculaire réclame la répétition de la saignée, je pense comme M. Gondret, que celle du pied doit être préférée aux autres.

Après les premières évacuations sanguines générales, lorsque le malade est déjà suffisamment affaibli, il n'y a rien, à mon avis, de plus sage que de suivre à cet égard la méthode de Pujol de Castre, renouvelée par l'un de nos habiles maîtres, M. Lisfranc. Cette méthode consiste à pratiquer souvent, et aussi souvent que les circonstances l'exigent, de petites saignées révulsives du bras ou du pied, mais de quelques onces seulement, pour ne pas trop affaiblir le malade.

Je dois déclarer ici, à propos de congestion traumatique cérébro-oculaire, que je ne suis pas partisan des saignées locales faites avec les sangsues. Je crois avoir observé que les piqûres de ces annélides autour des paupières déterminent une nouvelle congestion sanguine qui empire l'état des blessés. Mieux vaut, dans ces circonstances, employer les ventouses scarifiées à la nuque, la saignée sur la temporale, ou bien encore ouvrir d'un trait de bistouri l'artère rétro-mastoïdienne, ainsi que je l'ai vu faire avec avantage.

Le remède qui doit immédiatement succéder à la saigné dans les cas dont il s'agit, c'est l'arrosement continu d'eau froide sur la partie blessée. J'ai une telle confiance dans l'efficacité de ce moyen, que j'ose quelquefois confier à lui seul tous les frais du traitement. Cette confiance m'a été inspirée par le fait suivant.

Un jeune emballeur de la rue Neuve des Mathurins a été blessé assez grièvement à l'angle palpébral externe par une planche qui lui est tombée sur cette partie. Il s'est refusé à être saigné; j'ai donc été obligé de me contenter pour toute médication, du simple arrosement d'eau fraîche, qu'on a pratiqué par-dessus l'appareil à l'aide d'une éponge qu'on y exprimait à chaque quart-d'heure. Je m'attendais à une vive réaction; il n'en a été rien cependant; le blessé a guéri sans accidens, et

dans un laps de temps beaucoup plus court que je ne croyais.

Cette dernière manière d'arroser d'eau fraîche la blessure, est ici préférable à celle qui consiste à y faire tomber d'une hauteur plus ou moins considérable un filet de ce liquide. J'ai développé ailleurs les raisons qui me font adopter cette opinion.

Venons à présent au traitement spécial des blessures periorbiculaires. Il est évident qu'ici la thérapeutique doit varier suivant les indications que le mal présente. Or, ces indications varient elles-mêmes selon les effets des blessures que nous venons d'étudier. Abordons avant tout le traitement de la commotion oculaire Nous venons de voir que les effets de cette lésion se réduisaient :

1° A la paralysie de la rétine ;

2° Au déchatonnement du cristallin (cataracte luxée);

3° A l'apoplexie oculaire ;

4° Enfin à la confusion ou chaos des humeurs de l'œil.

Nous pouvons ajouter aussi la chute ou le prolapsus de l'organe visuel sur la joue (luxation du globe oculaire proptosis).

On prévoit déjà que le premier de ces effets est tout-à-fait au-dessus des ressources de l'art. Comment redonner, en effet, la faculté sensitive à une membrane aussi délicate que la rétine, alors que son tissu à déjà subi une lésion moléculaire ? Ce qu'il y a de certain à cet égard, c'est qu'on ne connaît jusqu'à ce jour aucun cas de guérison d'amaurose de cette espèce. L'art doit donc se borner à prévenir ou combattre les accidens inflammatoires, et viser à la conservation des formes de l'organe blessé.

Le déchatonnement traumatique du cristallin réclame une conduite analogue à celle qu'on suit pour tout corps étranger resté dans une partie quelconque de notre corps ; savoir, l'extraction.

Si en se luxant le cristallin s'enfonce dans le corps hyaloïdien, et se cantonne de manière à rester en dehors de l'axe pupillaire, comme dans le cas que nous avons cité, il est évident qu'aucune indication à opérer n'existe.

Le devoir du chirurgien se borne donc, dans cette circonstance, à prévenir la réaction et à maintenir l'organe dans un repos parfait, par les mêmes précautions qu'on est dans l'usage de prendre dans l'abaissement de la cataracte.

Mais si en se déchatonnant le cristallin passait dans la chambre antérieure, comme dans un cas que j'ai publié dant la *Gazette des hôpitaux*, ou bien s'il restait vacillant dans la chambre postérieure, l'extraction de ce corps doit être pratiquée le plus tôt possible.

Cette médication serait aussi indiquée dans le cas où la rétine serait en même temps paralysée ; car un cristallin vacillant dans les chambres de l'œil ne peut qu'entretenir une irritation douloureuse dans cet organe, et peut-être aussi occasioner des accidens graves, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer.

Il est bon d'ajouter enfin que pour les personnes qui appréhenderaient le bistouri, on pourrait, dans un cas, avoir recours à l'aiguille à kératonixis pour agir sur le cristallin.

Quant au traitement de l'apoplexie intrà-oculaire, il est absolument le même que pour l'hypopion. Les saignées et l'arrosement d'eau froide doivent suffire pour les frais de la guérison. Sachant par expérience que la résorption, dans ce cas, se fait très-bien à l'aide de ces remèdes, nous n'adoptons pas la pratique de ceux qui veulent ouvrir la cornée transparente pour donner issue au sang extravasé. A moins de confusion des humeurs de l'œil, ce sang n'est jamais en quantité très-considérable, car la résistance de la coque sclérotidienne s'y oppose.

Le cahos des élémens humoraux de l'organe oculaire constitue une maladie très-grave, ainsi que nous l'avons déjà dit. Dans cette espèce de lésion se trouvent à la fois réunies les trois autres altérations dont nous venons de parler; savoir, l'ébranlement rétinien, le déchatonnement du cristallin et l'apoplexie oculaire. La coque sclérotidienne elle-même n'est plus dans cette occurrence qu'une espèce de bourse organisée remplie d'une sorte de gâchis inorganique. Aussi faut-il s'attendre alors à une très-grande réaction inflammatoire.

C'est ici surtout que les saiguées doivent être largement prodiguées. C'est ici que l'arrosement continu d'eau froide peut rendre des très-grands services. Il faut, dans cette espèce de blessure, surveiller attentivement le malade et se tenir prêt à attaquer la réaction aux premières annonces du phlegmon cérébro-oculaire. Ce plegmon s'annonce par le gonflement et l'exorbitisme (exophthalmie) prodigieux du globe de l'œil, par le délire suivi de coma, etc. Le remède le plus efficace pour conjurer cet orage, c'est l'ophthalmocentèse. Ouvrez donc la chambre antérieure de l'œil à l'aide d'un bistouri à cataracte, excisez un lambeau de la cornée et laissez que les humeurs s'écoulent.

Tout le monde sait que dans un cas analogue, rapporté par le célèbre Louis, la malade périt des suites de ce phlegmon suppuré faute de cette ouverture ; et que dans une autre circonstance, la malade n'échappa à la mort que parce que l'œil creva spontanément et que les humeurs s'écoulèrent. (Mém. de l'acad. de chir.)

Dans le prolapsus traumatique de l'organe visuel, le rebord de la fosse orbitaire se trouve quelquefois fracturé. Dans ce cas, le globe de l'œil s'échappe au dehors de la même manière que la tête fémorale se luxe, alors que le sourcil de la cavité cotyloïde est également brisé (Paré).

L'indication à remplir dans cette espèce de blessure ne peut être un seul instant douteuse. Remettre l'organe de la vision dans sa niche, et l'y maintenir à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage artistement arrangé, tel est le double but que le chirurgien doit se proposer dans le cas dont il s'agit. L'eau froide pardessus l'appareil et les saignées proportionnées aux circonstances, répondront aux autres exigences de la maladie. Les guérisons de proptosis-oculaire obtenues par Guillard et Lamswerde, justifient suffisamment la conduite que nous venons de prescrire.

Arrivons maintenant au traitement des blessures des nerfs périorbitaires.

Lorsque la contusion des nerfs de cette région a porté atteinte à la faculté sensitive de la rétine, la thérapeutique doit varier suivant que l'amaurose est survenue immédiatement après la blessure, ou bien après la formation de la cicatrice péri-palpébrale.

Dans le premier cas, il faut d'abord essayer un traitement antiphlogistique général et local; puis employer des remèdes stimulans localement, tels que les vapeurs d'ammoniaque, de baume de Fioraventi, les vésicatoires volans autour de l'orbite, etc., ainsi qu'on le fait ordinairement pour la plupart des amauroses. Wardrop assure avoir guéri de la sorte une cas d'ambliopie déterminée par une blessure du nerf sous-orbitaire. Le célèbre Abernethy se guérit aussi de la même manière de l'accident dont nous avons relaté les circonstances.

On pourrait cependant aussi employer dans ce cas la strychnine par la méthode endermique autour de l'orbite. M. Narducci vient de guérir ainsi en douze jours un cas d'amaurose occasionée par un coup de pied de cheval au sourcil: il a employé ce remède à la dose d'un sixième de grain par jour dans le pansement d'un vésicatoire à la région sourcilière.

Je dois ajouter enfin qu'un moyen d'une efficacité remarquable dans ces sortes d'amaurose, c'est la galvanisation. Mon honorable confrère et ami, M. Fabré-Palaprat, m'a fait voir des guérisons vraiment inattendues d'amauroses très-avancées, à l'aide des courans-galvaniques dirigés par lui-même avec les beaux appareils de son invention.

Mais si tous ces modificateurs ont été essayés inutilement, il reste un dernier remède. C'est de pratiquer hardîment à l'endroit de la blessure une incision jusqu'à l'os, de la longueur d'un pouce environ, à l'aide d'un bistouri à tranchant convexe, de manière à diviser complétement les filets nerveux qui auraient pu être simplement irrités ou dilacérés partiellement par la contusion. On réunit ensuite cette plaie par première intention. Ce remède a déjà été employé plusieurs fois avec succès.

Dans le second cas, c'est-à-dire, lorsque la cécité est survenue à la suite de la cicatrisation d'une plaie contuse qui a suppuré pendant quelque temps sur un point du pourtour orbitaire, il faut exciser cette cicatrice, enlever tout le tissu inodulaire et réunir par première intention. Le tiraillement que les filets nerveux éprouvent par l'action contractile et irritante du tissu inodulaire, venant à cesser par suite de cette opération, on obtient quelquefois une détente salutaire dans la sphère nerveuse de l'œil et le rétablissement de la vision. Il va sans dire que cette opération doit être pratiquée de bonne heure, pour qu'elle présente des chances de réussite. Beer et Weller pourtant assurent n'avoir obtenu dans ces cas que des guérisons temporaires. Ceci tient sans doute à ce que ces praticiens n'ont employé que la simple division de la cicatrice. Nous pensons que l'excision que nous venons de proposer offre infiniment plus d'avantages.

Dans les plaies soit contuses, soit par instrument piquant, qui pénètrent jusqu'au périoste orbitaire, ce sont les saignées abondantes et l'arrosement d'eau froide qui peuvent prévenir ou dissiper les fâcheuses conséquences que nous avons notées dans les observations de Petit de Namur, et Monro.

Un dernier point fort important, enfin, de thérapeutique chirurgicale a trait aux plaies larges et perforantes des paupières, occasionées par des armes soit tranchantes, soit contondantes, soit enfin par des projectiles de chasse.

N° 95. — 11 Aout.

Des blessures pénétrantes et non pénétrantes du globe oculaire.

La thérapeutique des blessures graves des voiles palpébraux, devrait en vérité nous occuper dans cette séance. Les détails cependant dans lesquels il faudrait entrer pour expliquer les différens procédés de la restauration des paupières, nous obligent à rallier ce sujet aux altérations de la forme et du mouvement de ces mêmes organes, dont nous devons traiter sous peu de jours.

Attachons-nous pour le moment à une autre famille de lésions traumatiques dont l'importance n'est pas inférieure aux précédentes; je veux parler des blessures qui attaquent immédiatement le globe oculaire.

Blessures non pénétrantes.

La contusion, même légère en apparence, qui atteint immédiatement l'organe de la vision, peut être suivie de la cécité la plus complète. La sphère visuelle éprouve dans cette circonstance une sorte d'aplatissement ou plutôt de rapetissement dans son diamètre antéro-postérieur, qui est suivie d'une lésion, soit moléculaire, soit adynamique, de la rétine.

Un jeune homme dont parle Beer, entra dans une société d'amis. Il fut abordé par un individu par derrière lui, qui lui boucha fortement les yeux, en lui disant de deviner qui il était. Ce malheureux jeune homme fit des efforts inutiles pour s'en débarrasser. A mesure qu'il se démenait pour délivrer ses yeux, l'autre pressait davantage avec ses mains. Le badinage fini, les yeux comprimés avaient perdu la faculté de voir, et le jeune homme resta aveugle pour toujours. (Beer, *Hygiène des yeux.*)

Une très-vive lumière qui frappe subitement la rétine n'agit-elle pas comme un corps étranger qui contusionne, assomme en quelque sorte, et paralyse la pulpe rétinienne? N'est-ce pas ainsi que les Carthaginois aveuglèrent Attilius Régulus? N'est-ce pas aussi de la sorte que le tyran de Syracuse, Dyonisius, punissait ses Fieschi... ?

Mais un corps contondant qui agit sur le globe de l'œil sans y pénétrer, tels qu'un coup de poing, de pierre, etc., peut produire des effets beaucoup plus graves. En écra-

sant la sphère visuelle, une cause de cette nature détermine quelquefois la confusion ou le chaos des humeurs de l'œil. (Synchysis traumatica.)

Dans d'autres occasions cependant, l'effet d'une pareille cause se borne à un simple épanchement de sang, soit dans les chambres de l'œil, soit dans les lames de la cornée. (Apoplexia interlamellaris.) J'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater ce fait.

Un résultat assez curieux des contusions immédiates de l'œil, c'est la rupture de la face postérieure de la cornée, la conjonctive ou les lames antérieures de cette membrane restant intègres.

Dans ce cas, l'action des muscles droits détermine une petite tumeur saillante à la surface de la cornée, en poussant l'humeur aqueuse qui déborde par cette brèche. Saint Yves et Weller ont vu des kératocèles de cette espèce.

Rien n'est plus ordinaire dans ces sortes de blessures, que de voir aussi le cristallin se luxer de la manière que nous avons déjà expliquée.

L'instrument contondant enfin qui frappe l'œil sans entrer dans ses chambres, peut parfois commotionner cet organe, et porter atteinte soit à la rétine, soit au diaphragme irien.

Un général soigné par Boyer devint amaurotique par suite d'un grain de menu plomb qu'il reçut à la chasse sur la sclérotique, et qu'on trouva enchassé sous la conjonctive de cette région.

Un enfant de Londres, en faisant claquer son fouet, se frappa vivement à l'œil avec le nœud de la ficelle de cet instrument; il eut l'iris décollé de la moitié du cercle ciliaire. (Wardrop.) Dans un cas analogue, on trouva l'iris fendu transversalement, et la pupille alongée dans ce sens comme celle de certains animaux.

Dans toutes ces sortes de lésions, le traitement est très-facile à saisir. Il est basé sur les principes que nous avons exposés dans la leçon précédente.

Il y a pourtant ici deux indications particulières à remplir; elles sont relatives à l'hydro-kératocèle et au décollement de l'iris, dont nous venons de parler. Dans le premier cas, il faut joindre une compression locale aux autres médicamens indiqués. Le taxis oculaire étant ainsi accompli, la division cornéale guérit promptement, en y laissant une cicatrice peu gênante, ainsi que cela résulte de l'observation de Saint-Yves. Si cette indication était négligée, il en résulterait à coup sûr, soit un staphylôme, soit la perforation consécutive de la cornée.

Dans le second cas, l'accident n'exige pas d'abord d'autres soins que ceux que nous avons indiqués pour les autres contusions. Mais si la rétine n'a pas été paralysée par l'action même du coup, on pourrait prévenir l'espèce d'éblouissement que le malade éprouve par l'absence de l'iris, à l'aide de lunettes-conserves dont le verre, du côté malade, serait très-foncé à la circonférence, et très-clair dans le centre, pour former ainsi une sorte d'iris et de pupille artificielles.

L'étude de l'action de certains corps étrangers qui tombent sur les yeux, tels que la poussière, le sable, des insectes, des morceaux de chaux, des étincelles de forgerons, des gouttes d'un liquide caustique, etc., doit aussi trouver place dans cette catégorie de lésions.

Parmi ces corps, les uns produisent une irritation plus ou moins incommode, une injection plus ou moins prononcée de la conjonctive, qui se dissipe bientôt par la sortie spontanée du corps étranger: les autres restent adhérens à la conjonctive ou à la cornée elle-même, et déterminent une phlogose, un chémosis plus ou moins grave; les autres enfin, les caustiques, produisent, soit une phlyctène, soit une véritable escharre à la surface de l'œil.

Le traitement de ces lésions doit varier suivant les circonstances. En général, on fait assez facilement sortir les petits corps tombés à la surface de l'œil, en pressant avec le bout du doigt indicateur l'angle interne des paupières, en baisant en même temps la tête et en remuant pendant quelques minutes ces voiles membraneux. On détermine par là un flot de larmes au dehors, et on oblige ce corps à être entraîné par ce liquide. Un filet d'eau à l'aide d'une petite seringue produit aussi cet effet et avec plus d'efficacité.

Lorsque le corps étranger est solide et qu'il reste attaché à la conjonctive, une petite spatule oculaire, une aiguille à cataracte, la pointe d'une lancette ou d'un canif suffisent pour l'expulser. M. Demours s'est inutilement servi d'un cure-dent pour ôter des paillettes de millet entrées et attachées entre les paupières.

Il faut dans tous les cas en question, renverser ces voiles membraneux et en examiner attentivement la surface interne. Quelques-uns de ces corps très-menus se nichent quelquefois dans la cannelure palpébrale et y entretiennent une longue irritation. Il n'est pas nécessaire pour cette investigation de se servir de loupes ou d'autres instrumens d'étalage, ainsi que le font les charlatans; la seule inspection à l'œil me suffit ordinairement.

Mais si le corps étranger, solide ou liquide, est caustique de sa nature comme la chaux, etc., il ne faut pas perdre de temps, ni injecter de l'eau qui, en la délayant, augmenterait son action. C'est à l'application d'un liquide albumineux ou huileux qu'il faut alors avoir recours. Un pinceau trempé dans du blanc d'œuf battu, dans de l'huile d'amandes douces, ou bien encore dans du beurre frais non-salé semi-liquide, peut, dans cette circonstance, servir très-bien à expulser le corps étranger et à mitiger son action cautérisante.

Dans le reste, on peut très-bien se servir d'un petit pinceau mou, ou bien d'un mince rouleau de papier, qu'on trempe dans de la salive, de l'eau, du miel, etc., avec lequel on entraîne aisément toute espèce de corps tombé entre les paupières.

La femme de Fabrice de Hilden réussit, dit-on, à extraire une paillette de fer de l'œil d'un individu en y approchant une pierre aimantée. D'après cette idée, quelques praticiens proposèrent aussi, pour retirer des paillettes de froment, de millet, etc., l'usage d'une baguette de cire d'Espagne électrisée. Je crois cependant

que ces idées ne sont guère exécutables ni efficaces dans la pratique. Les autres moyens que nous venons d'indiquer me paraissent suffire dans tous les cas.

En général pourtant, si l'irritation oculaire est très-vive et que l'extraction d'un de ces corps ne soit pas facile, il ne faut pas s'obstiner à vouloir à tout prix l'enlever dans les premiers momens. Mieux vaut, en pareille occurrence, attendre. Combattez en attendant, l'hypersthénie oculaire à l'aide de la saignée, de l'eau froide, de la soustraction de la lumière, etc. Il est probable que le corps étranger sera bientôt détaché spontanément par l'espèce de détente salutaire que ces remèdes produisent, et surtout par l'action émolliente des larmes abondantes que sa présence provoque, ainsi que je l'ai observé quelquefois.

Il est bien entendu enfin que lorsqu'après l'extraction du corps étranger une irritation très-vive existe sur l'organe de la vision, on doit la combattre, ou mieux la prévenir si elle paraît imminente, à l'aide des remèdes que nous avons indiqués.

Les piqûres non pénétrantes de l'œil sont ici comme ailleurs simples ou compliquées de corps étrangers. Les piqûres simples peuvent quelquefois avoir des suites graves par la phlogose qu'elles déterminent. Un jardinier âgé de cinquante ans se blessa à l'œil avec la pointe d'une feuille de vigne.

La réaction inflammatoire fut si vive que cet organe s'abcèda et se vida, malgré les soins les mieux entendus de Dupuytren. Aussi faut il traiter énergiquement et de bonne heure ces sortes de lésions. Les corps pointus qui s'engagent entre les lames de la cornée restent quelquefois long-temps réfractaires à l'ophthalmoscopie la plus attentive. Une femme de la campagne, en se baissant dans un champ de blé, se blessa à l'œil avec la pointe d'un épi. Elle eut consécutivement une phlogose qui résista pendant plusieurs mois aux traitemens les mieux entendus. Un dernier praticien enfin s'étant aperçu d'une sorte de ligne blanche que la cornée présentait transversalement, y pratiqua une incision et découvrit un fétu de paille qu'il tira facilement au dehors. La malade guérit en peu de jours. (Wenzel.)

Dans un autre cas de cette espèce, appartenant au docteur Manniske, le corps étranger avait été enfoncé dans la sclérotique; il glissa plus tard petit à petit d'arrrière en avant, par les mouvemens de l'œil, et s'enchemina vers la cornée, d'où on a pu le découvrir et l'extraire. (Lancette anglaise.)

Wardrop eut l'occasion d'observer que, dans ces cas, le corps étranger détermine par sa présence, un travail plastique dans ses alentours, et donne naissance à un kyste qui l'enveloppe. Voilà pourquoi, en les tirant de la cornée, ces corps ressemblent à une sorte de lame de couteau qu'on extrait de sa gaîne.

Les indications que le mal présente sont ici de toute évidence: extraire le corps étranger, prévenir ou combattre les accidens inflammatoires, telles sont les données d'après lesquelles on doit agir.

Nous terminerons cette première partie de cette leçon en disant, que tant dans les blessures non pénétrantes de l'œil que nous venons d'étudier, que dans les pénétrantes dont nous allons parler, le malade présente, dans les cas graves, les caractères physiologiques suivans :

Douleur, éblouissement, blépharospasme, épiphora, pyropsie, photophobie; quelquefois aussi vomissement, réaction gastro-intestinale, fièvre, etc.

N° 96. — 13 Aout.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIERE.

Division des aliénées. — Service de M Pariset.

Mouvement de la population pendant le mois de juillet 1835.

On compte pendant ce mois 60 admissions, 22 sorties et 17 décès.

Les admissions se répartissent de la manière suivante, sous le rapport du caractère de la folie et de l'âge :

Manie,	18	Démence avec paralysie,	6
Manie périodique,	10	Epilepsie,	5
Mélancolie,	5	Imbécillité,	2
—avec penchant au suicide,	3	Non aliénée,	1
Démence sénile,	10		
		Total,	60

Age.

De 10 à 20 ans,	6	De 50 à 60	9
De 20 à 30	6	De 60 à 70	2
De 30 à 40	17	De 70 à 80	3
De 40 à 50,	16	De 80 à 90	1
		Total,	60

Il y a eu deux admissions curieuses : ce sont celles de deux familles composées de la mère et de la fille, devenues aliénées presque en même temps.

Il y a eu 22 sorties, sur lesquelles 20 guérisons, 1 évasion et une malade en traitement retirée par sa famille.

Les 20 guérisons présentent les résultats suivans, sous le rapport de l'âge et de la durée du traitement.

Age.

De 20 à 30 ans,	2	De 50 à 60	3
De 30 à 40	4	De 60 à 70	»
De 40 à 50	9	De 70 à 80	2
		Total,	20

Durée du traitement.

9 jours,	1	3 mois,	3
12 jours,	2	5 mois,	1
15 jours,	2	8 mois,	1
1 mois,	5	11 mois,	1
2 mois,	3	14 mois,	1
		Total,	20

On compte 17 décès, dont 9 ont eu lieu chez des femmes en démence et paralytiques, âgées de plus de 60 ans. Cinq de ces femmes, entrées dans un état déplorable, sont mortes dans le premier mois de leur admission.

Voici, du reste, les détails relatifs à l'âge, à la durée du séjour et au genre de maladies de ces 17 décédées.

Age.

De 30 à 40 ans,	1	De 60 à 70	7
De 40 à 50	3	De 70 à 80	2
De 50 à 60	4		
		Total	17

Durée du séjour.

1 jour,	1	4 mois,	2
3 jours,	1	5 mois,	2
20 jours,	1	7 mois,	3
25 jours,	1	10 mois,	1
1 mois,	1	25 ans,	1
3 mois,	3		
		Total	17

Parmi les femmes qui sont décédées dans le premier mois de leur admission, deux ont succombé à des affections remarquables.

L'une a été prise, le matin à cinq heures, d'une perte subite de connaissance, avec résolution de tous les membres et état stertoreux des plus profonds. La saignée et les révulsifs les plus énergiques ont été sans action sur la marche des symptômes qui, en moins de huit heures, se sont terminés par la mort.

On aurait pu croire à une hémorrhagie considérable dans les parties centrales du cerveau, si la saignée eût produit le moindre signe d'amélioration. Cet indice manquant, le diagnostic nous parut incertain en raison de la rapidité et de la gravité de l'ensemble des symptômes.

A l'ouverture, nous avons trouvé les traces d'une cérébrite des plus violentes, mais sans aucun foyer d'épanchement ou de ramollissement. La substance corticale et les corps striés étaient tellement rougis et compacts, qu'ils semblaient convertis en tissu musculaire. Toute la substance blanche était profondément violette, engorgée, ecchymosée.

C'est, suivant nous, un exemple de cérébrite foudroyante, de congestion générale et inflammatoire du cerveau, dite autrefois apoplexie nerveuse, que la violence même de l'irruption fait terminer brusquement dans sa première période d'invasion.

L'autre cas nous a paru aussi intéressant; c'est celui d'une aliénée qui entre avec tous les symptômes de la démence et de la paralysie générale, joints néanmoins à une constitution d'apparence robuste et à une belle carnation.

Dès le troisième jour de son entrée il survient aux articulations des bras des escarres indolentes. Quand la malade s'appuie sur un point de son corps, il se forme à l'instant une escarre qui le lendemain est à nu. C'est ainsi qu'en moins de sept jours tout son corps n'est plus qu'une vaste plaie; le tissu cellulaire sous-cutané devient le siége d'une suppuration générale qui décolle successivement les muscles des bras, des cuisses, de l'abdomen et du dos. Nous avons vu dans certaines parties la dénudation être complète en moins de quatre heures de temps. On ne peut méconnaître que la paralysie générale a exercé une grande influence sur la production de cette décomposition si prompte et si funeste, dont néanmoins la cause spéciale nous échappe.

Sur les 17 décès, 14 sont survenus chez des aliénées plus ou moins profondément paralysées; une a succombé à une phthisie pulmonaire, et deux autres à un état de marasme général compliqué d'escarres gangreneuses au sacrum.

Le fortes chaleurs nous ont paru, dans ce mois, avoir une action bien manifeste sur le développement de l'état sur-aigu de l'irritation cérébrale.

Scipion Pinel.

N° 97. — 15 Aout.

HOTEL-DIEU.

Résumé de la clinique médicale de M. le professeur Chomel pendant l'année scholaire 1834 — 1835.

Le nombre des malades admis à la clinique depuis le 1er novembre 1834 jusqu'au 1er août 1835, a été de 550, dont 97 ont succombé. La mortalité a été par conséquent de 1 sur 5 3/4 environ. Le chiffre des morts fut proportionnellement moins considérable les années précédentes.

L'augmentation qui a eu lieu cette année est due au grand nombre d'affections aiguës qui ont été observées à la clinique. Le nombre des fièvres typhoïdes a été de 90; celui des pneumonies de 48 celui des pleurésies de 24.

On a admis en outre plusieurs malades atteintes de péritonite puerpérale, et on a observé un certain nombre d'affections cérébrales (méningite, ramollissement, hémorrhagie du cerveau), qui se sont rapidement terminées par la mort. Le chiffre des varioles s'est élevé à 40, en y comprenant toutes les formes qu'affecte cette éruption, même les plus benignes; aussi la mortalité, chez les varioleux, a été de 5 sur 40, c'est-à-dire de 1 sur 8.

Fièvre typhoïde. — Pendant le cours de cette année scholaire, le nombre des sujets atteints de cette affection a été de 90. En 1834 il n'avait été que de 36; en 1833 de 31, et en 1832 de 56.

Cette différence entre le nombre des fièvres typhoïdes observées cette année et les années précédentes, nous paraît difficile à expliquer. Cette plus grande fréquence tiendrait-elle à ce qu'un plus grand nombre d'individus sont arrivés à Paris pendant l'année qui vient de s'écouler. Mais cette raison serait insuffisante, puisque la proportion des fièvres typhoïdes a augmenté cette année

tant chez les individus récemment arrivés à Paris, que chez ceux qui y étaient nés et ne l'avaient jamais quitté. Faut-il en chercher la cause dans la constitution atmosphérique; mais tout ce qui a été écrit sur la constitution atmosphérique n'a conduit à aucun résultat positif, tant pour l'affection typhoïde que pour la plupart des autres phlegmasies. L'on sait, il est vrai, que les phlegmasies thoraciques sont plus communes à la fin de l'hiver et au commencement du printemps qu'en toute autre saison; mais pour ce qui est des autres affections aiguës, on n'a fait jusqu'à présent que des hypothèses.

Pronostic. Les circonstances sur lesquelles repose l'étude du pronostic sont relatives à l'acclimatement, à l'âge, au sexe et aux saisons. Sous ce point de vue, le résultat de nos observations de cette année a été tout-à-fait conforme à ce qui a été observé les années précédentes.

Acclimatement. Sur 90 sujets atteints de fièvre typhoïde, 51 habitaient Paris depuis moins d'un an; sur ce nombre 16 ont succombé, c'est-à-dire un peu moins que le tiers. Le nombre de ceux qui habitaient Paris depuis moins de deux ans a été de 24, dont 5 morts; 1 sur 5 environ. Pour ceux qui habitaient Paris depuis plus de deux ans, leur nombre a été de 15, dont 1 mort; 1 sur 15. Cette progression et cette différence sont extrêmement remarquables, et sont d'ailleurs conformes de tout point à ce qui a été observé les années précédentes. En 1834, la mortalité pour les sujets de la première série a été de 1 sur 3; pour ceux ds la seconde, de 1 sur 4; pour ceux de la troisième, de 1 sur 6. Même résultat pour les années 1833 et 1832.

Sexe. Sur les 90 malades observés, 63 appartenaient au sexe masculin; il en est mort 16. 27 étaient du sexe féminin; il en est mort 6. La mortalité entre les individus des deux sexes offre une légère différence, qui est à l'avantage des femmes.

Age. Sous le rapport de l'âge, les différens sujets ont été repartis ainsi qu'il suit :

Chez les sujets de 15 à 20 ans,	la mortalité a été de 1	sur 5.
20 à 35	1	4.
au-delà de 35	1	2.

Ainsi plus le sujet est jeune, plus les chances sont favorables. Chez les individus les plus âgés, au contraire, le pronostic est plus grave, et sous ce rapport l'affection typhoïde se rapproche des autres phlegmasies.

Saisons. Quant à l'influence des saisons sur la mortalité, elle a été constamment la même. Ainsi, cette année, nous avons observé:

En hiver	57 malades,	17 morts.
En été	43	5

Ce qui porte la mortalité pour l'hiver 1 mort sur 3 malades, et pour l'été à 1 mort sur 6 environ.

En 1834, la mortalité fut de 2/5 en hiver et de 1/7 en été. En 1832, 1/3 en hiver; 1/6 en été. En 1831, où le nombre des fièvres typhoïdes observées fut de 31 seulement, la mortalité a présenté un rapport différent; elle a été d'un quart en hiver, et d'un tiers en été. Mais en réunissant tous les chiffres, il sera facile de se convaincre que l'influence des saisons sur la mortalité est incontestable, ainsi que celle exercée par l'âge et l'acclimatement.

Durée, forme. Sous le rapport de la durée et de la forme, les fièvres typhoïdes ont présenté quelques circonstances remarquables. La durée dans les cas heureux est de 3 septenaires dans la grande majorité des cas. On voit la maladie se prolonger quelquefois au-delà de ce terme et durer pendant 5 et 6 septenaires, mais cela tient surtout à l'existence de phénomènes secondaires qui présentent une intensité plus ou moins grande. Cette année, quelques individus sont entrés en convalescence dès le douzième jour. Ils avaient offert, d'ailleurs, toute la série des accidens qui caractérisent la fièvre typhoïde la plus tranchée. Du reste, ce que nous avons observé dans la fièvre typhoïde se présente également pour la variole. Ne voit on pas des individus qui, atteints de variole confluente, sont encore couverts de croûtes le trentième et même le quarantième jour, tandis que chez d'autres atteints de la même affection, la desquammation est complète le dix-huitième ou le vingtième jour.

Dans les cas où la fièvre typhoïde s'est terminée le douzième jour, nous avons observé la céphalalgie, les étourdissemens, les vertiges, une langue collante, l'endolorissement du ventre, la tuméfaction de la rate, enfin un appareil fébrile dont ne pouvait rendre compte aucune phlegmasie thoracique ou cérébrale. Qui ne sait d'ailleurs que dans les épidémies les plus meurtrières de typhus dont Hildebrand nous a transmis l'histoire, on trouve quelques cas qui se sont fait remarquer par leur bénignité.

Marche. Une circonstance fort remarquable, qui s'est présentée à notre observation, c'est une interruption plus ou moins complète de la maladie. Parmi les faits sur lesquels M. Chomel a appelé plus spécialement l'attention pendant le cours de ses leçons cliniques, il rapporte celui d'un élève en médecine qui, le onzième jour, put se lever, prendre des alimens solides, et parcourir avec quelques camarades une partie des boulevards. La récidive eut lieu peu de jours après, et s'accompagna de graves accidens. Le malade fut transporté à la clinique, où il succomba le vingt-unième jour de la rechute et le cinquantième de la maladie. On trouva des ulcérations à bords affaissés de couleur ardoisée, les ganglions mésentériques étaient indurés et offraient une coloration analogue.

M. Chomel rappelle quelques autres cas de ce genre qu'il observa à l'hôpital de la Charité, et entre autres, celui d'un ouvrier qui se trouvait tellement bien qu'il demanda ses vêtemens à la religieuse et descendit dans le jardin. Au bout de quelques jours, il fut pris d'accidens mortels. On doit se tenir en garde contre les dangers qui suivent ces interruptions appa-

rentes, et ne pas se hâter de porter un pronostic favorable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

N° 98. — 18 Aout.

BULLETIN.

Absence de contagion de la rage communiquée ; par le Dr Capello à Rome.

I. Tout près de Tivoli, un chien affecté de rage spontanée, mordit un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, Dominique Giaco, et en même temps un bœuf, et disparut. Le bœuf, trois jours après, fut assailli des symptômes de la rage; il mordit beaucoup d'animaux, jusqu'à ce qu'on l'eût tué en lui tirant des coups de fusil.

Aucun des animaux mordus ne fut affecté de la rage. Le jeune homme, quoiqu'on eût cautérisé la plaie immédiatement après la morsure, avec le cautère actuel, fut pris des symptômes de la rage, et mourut cinq mois après l'accident.

La bave de ce malade fut inoculée à un petit chien que l'on tint renfermé. On lui donna la liberté huit mois après, parce qu'il ne présentait aucun symptôme de rage.

II. Le chien d'un bouvier fut affecté de rage spontanée; avant de le tuer on recueillit une certaine quantité de salive, qui fut inoculée : 1° à un chat; 2° au même petit chien dont nous avons parlé.

La rage se développa le onzième jour chez le chien, et il mourut le quatorzième. Sa salive fut inoculée, à l'aide d'un plus grand nombre d'incisions, à un autre petit chien, que l'on tint renfermé sept mois sans qu'il se développât les accidens de la rage.

Chez le chat, la rage se développa le trente-quatrième jour, et il mourut le trente-sixième jour. La bave fut inoculée à un autre chat, qui resta enfermé six mois sans présenter les symptômes de la rage.

III. Un chien enragé spontanément mordit, en 1816, à Tivoli, deux chiens; l'un d'eux fut tué après la morsure; l'autre devint enragé, s'échappa par les rues, et mordit trois ou quatre femmes; aucune ne fut affectée de la rage.

IV. En 1818, M. Capuccini vit venir à lui, les yeux brillans; le regard feroce, ayant de la bave écumeuse à la gueule, le chien d'un jardinier qui était atteint de la rage spontanée. Il assaillit et mordit son chien. M. Capuccini lui tira un coup de fusil et le tua, sans penser qu'il fût enragé. Le trente-huitième jour le chien mordu devient à son tour enragé; il sort dans la rue et mord quatre chiens et deux enfans. La rage n'a été communiquée ni aux chiens, ni aux enfans.

V. M. Rosa avait deux chiens; l'un deux est pris de la rage spontanée, et après avoir mordu l'autre il se dirige dans la campagne, où le lendemain il est trouvé mort. Le cinquante-unième jour, le chien mordu a tous les symptômes de la rage; il rompt ses chaînes, mord la femme de ménage et le domestique; sort, et dans la rue mord plusieurs femmes qui sortaient de l'église; il mord encore plusieurs fois les chiens des sieurs Giausati et Betti, et encore M. de Angelis, sur le dos de la main, où il laisse une quantité de bave; une vieille femme et une jeune fille; puis se précipite dans les ruines de la campagne de Quintilio Varo. Aucune des personnes ni aucun des animaux n'ont été attaqués de la rage.

VI. Le chien d'un marchand, M. Etienne Vani, est pris, en mai 1821, de la rage spontanée; il s'échappe de la maison, et mord le chien de Madeleine Romani. Le domestique Orsini l'appelle, il fuit. Celui-ci, ignorant la maladie, le poursuit, l'atteint et le prend par le cou. Le chien se retourne, et le mord légèrement à la main gauche. La rage ayant fait des progrès, on le tue. Quinze jours après la morsure, le malheureux domestique est pris d'hydrophobie, et meurt le cinquième jour de l'invasion.

Le chien de Madeleine Romani devient enragé aussi, mais seulement deux mois et demi après la morsure; un jour il sort de bonne heure de la maison, furieux, et mord tout ce qui se présente devant lui; plusieurs chiens et cinq personnes sont mordus, mais ni les unes ni les autres n'ont présenté les symptômes de la rage.

Un lapin qui vivait avec le chien mort de la rage, et qui avait été mordu en deux points du corps, devient à son tour enragé, et, ayant beaucoup de bave à la bouche, mord à la jambe la mère de M. de Vani; il entre ensuite dans l'écurie, et mord plusieurs fois les jambes d'un cheval. Ni la maîtresse de la maison, ni le cheval, n'ont eu la rage.

HOTEL-DIEU.

Service de M. Sanson.

Observation de luxation de la troisième vertèbre du cou.

Un homme âgé de 75 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'une luxation de la troisième vertèbre cervicale.

Ce malade s'était laissé tomber dans un escalier, sa tête s'engage entre les barreaux de la rampe, et c'est dans les efforts qu'il fit pour se dégager que ce déplacement s'opéra. La douleur très-vive qu'il éprouva alors, et que le moindre mouvement exaspérait beaucoup, le força à rester dans l'immobilité la plus complète. Quelque temps après on vint à son aide, on le transporta dans son lit, et c'est après y être resté deux jours sans éprouver de soulagement, qu'il entra à l'Hôtel-Dieu.

La tumeur dure qu'il avait à la partie supérieure et postérieure du cou, l'enfoncement qui séparait cette tumeur de l'occipital, l'inclinaison de la tête à gauche et en avant, l'application du menton sur la partie supérieure du sternum; l'impossibilité pour le malade de faire aucun mouvement, l'inutilité des efforts qu'on fit avec précaution pour redresser la tête, la douleur que

ces tentatives, quelque bien ménagées qu'elles fussent, occasionnaient, tous ces signes ne laissèrent aucun doute sur la nature du mal. Il n'existait d'ailleurs aucun signe qui pût faire soupçonner la compression de la moelle; les mouvemens des membres étaient libres, il n'y avait paralysie ni du mouvement ni du sentiment.

Une saignée du bras et deux applications de sangsues sur la tumeur furent successivement pratiquées. Des douleurs violentes, toujours exaspérées par le moindre mouvement, existèrent pendant quinze jours et finirent par disparaître. Les mouvemens du cou, d'abord tout-à-fait impossibles, devinrent de plus en plus faciles.

Quand le malade est sorti de l'hôpital, après quatre mois de séjour, les mouvemens de la tête avaient acquis une certaine étendue; ceux de latéralité, un peu moins libres que dans l'état ordinaire, avaient presque la même étendue. Ceux d'élévation et d'abaissement au contraire étaient très-faciles mais aussi très-bornés. Le menton n'abandonnait le sternum que d'environ quatre pouces, la tête restait toujours inclinée en bas et légèrement à gauche. Il existait toujours à la région cervicale postérieure et supérieure une tumeur saillante et dure, séparée de l'occipital par une dépression assez marquée, et qui était évidemment formée par la troisième vertèbre cervicale déjetée en arrière.

Les mouvemens des bras et des jambes étaient tout-à-fait conservés; leur sensibilité était dans l'état le plus normal. Le malade a conservé sa gaieté, il reprend ses travaux habituels sans éprouver d'autre incommodité que celle qu'il doit à la position inclinée de sa tête, et à la gêne de ses mouvemens. Cette gêne ira d'ailleurs toujours diminuant, c'est au moins ce qui est probable.

CAFFE, D.-M.-P.

ÉCOLE PRATIQUE.

COURS PUBLIC D'OPHTHALMOLOGIE DE M. ROGNETTA.

Des blessures pénétrantes du globe oculaire.

(Suite du numéro 95.)

Il est, à mon avis, essentiel de distinguer dans la pratique les blessures oculaires qui pénètrent par la cornée, de celles qui se font jour par la sclérotique. Toutes choses étant égales d'ailleurs, ces dernières méritent un pronostic plus réservé que les autres. Une piqûre, par exemple, qui pénètre dans la chambre antérieure par la cornée, se termine plus souvent d'une manière favorable qu'une lesion analogue par la sclérotique.

Dans cette dernière occurrence, en effet, la rétine est inévitablement atteinte par l'instrument fériteur; de là sa paralysie consécutive; tandis que dans l'autre cas, les circonstances ne sont pas les mêmes.

Bien qu'on puisse à la rigueur opposer aux remarques qui précèdent les résultats quelquefois contraires de la sclératonyxis et de la sclératomie, une pareille objection ne pourra guère déroger au jugement général que nous venons d'émettre.

Les effets d'un instrument contondant qui perce la chambre irio-cornéenne par l'hémisphère antérieur de l'œil, varient nécessairement suivant une foule de circonstances particulières. Si le corps est d'un très-petit volume, et poussé par une très-grande violence, comme le menu plomb de chasse, par exemple, le résultat le plus ordinaire de cette blessure est la cécité irrévocable. Contusionnée et commotionnée à la fois par l'action d'un pareil agent, la pulpe rétinienne s'enflamme et se paralyse; quelquefois même l'œil entier tombe en fonte purulente. L'on sait que beaucoup de chasseurs sont souvent victimes de cet accident.

Tout ce qu'on peut espérer de l'art dans ces circonstances, c'est la conservation de la forme de l'organe lésé, ou une disposition favorable de son moignon pour y placer un œil artificiel.

Dans quelque rare occasion pourtant, le plomb s'arrête dans la chambre antérieure, et on le voit nager dans l'humeur aqueuse. C'est lorsque le coup vient obliquement de côté et d'arrière en avant, ou bien parallèlement à l'iris que cela arrive. Cette variété de lésion n'est pas toujours aussi grave que la précédente.

Le fait le plus extraordinaire peut-être de cette espèce est celui d'un homme qui, blessé à la chasse, présentait un grain de plomb à la surface de la cornée. Son chirurgien ayant essayé de l'extraire avec une pince, y trouva de la résistance; puis enfin il tira deux grains de plomb collés ensemble en place d'un. De ces deux corps, l'un avait pénétré dans la chambre aqueuse, l'autre était resté au dehors; de sorte que leur entre-deux se trouvait étranglé dans les bords de la plaie.

Cette observation n'a peut-être pas la pareille dans les annales de l'art. (Demours.)

Mais si, en pénétrant par la cornée, le corps contondant n'est pas poussé avec une grande violence; et qu'il ne dépasse pas par conséquent le diaphragme irien, les suites peuvent n'être pas très-alarmantes.

Un enfant se blesse à l'œil avec le fragment d'un petit vase de faïence qu'il brisa dans sa main en tombant. Un morceau anguleux de ce corps, gros comme un petit pois, resta engagé derrière la cornée. La nature de l'accident fut méconnue jusqu'au dixième jour. A cette époque, la plaie de la cornée était cicatrisée, et le corps étranger, enveloppé de lymphe, était resté enclavé dans la chambre antérieure, repoussait l'iris en arrière, et le malade ne souffrait plus qu'une légère photophobie. M. Guersent fils en fit en ma présence l'extraction par la kératomie et l'enfant guérit.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que si l'instrument contondant présente plus de volume et de violence que dans le cas précédent, comme par exemple dans un coup de balle, de pierre, de poing, etc., l'œil peut tout-à-fait se vider, soit à l'instant même de la blessure, soit quelque temps après.

Considérés du reste d'une manière collective, les

effets des plaies contuses et pénétrantes de l'œil peuvent se réduire :

1° A la paralysie simple de la rétine, avec ou sans leucome de la cornée.

2° Au prolapsus irien ou vésiculaire. (Scarpa.) C'est une chose digne de remarque, que la promptitude et la facilité avec lesquelles l'iris s'engage dans les plaies pénétrantes de la cornée. Ceci tient sans doute à l'action des muscles droits de l'œil, et à l'écoulement de l'humeur aqueuse. Il y a ici, selon moi, un mécanisme analogue à celui de la procidence de l'épiploon dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

3° Aux fistules de la cornée. Ce résultat me semble possible, mais je ne connais aucun fait à l'appui.

4° A des phlogoses intrà-oculaires chroniques et aux adhérences consécutives de l'iris qui en résultent.

5° Au phlegmon suppuratif de la sphère visuelle et à ses conséquences.

6e Enfin à l'évacuation des humeurs de l'œil. Ajoutons que plusieurs de ces blessures, surtout celles qui atteignent l'organe rétinien, sont assez souvent accompagnées de soulèvemens plus ou moins marqués de l'estomac. MM. Serre et Volpelière ont avec raison insisté sur ce dernièr phénomène.

Le traitement de toutes ces lésions est basé sur les données antiphlogistiques générales que nous avons exposées, et sur les indications particulières que chacun de ces cas présente.

Comme cependant nous devons traiter en particulier de chacune des ces maladies, il serait tout-à-fait déplacé d'entrer ici dans tous les développemens nécessaires que leur thérapeutique exige. Disons néanmoins que parmi les indications ci-dessus, trois méritent ici une mention particulière, savoir :

1° L'extraction des corps étrangers lorsqu'on peut les découvrir et les atteindre. Il y a des cas pourtant où cette indication capitale a pu être impunément négligée. En opérant par extraction un cataracte, le célèbre Cline vit la pointe du cératotome se briser et tomber au fond de la chambre antérieure de l'œil, par suite d'un mouvement brusque de la tête du malade. On abandonna le tout à la nature.

Le lendemain et les jours suivans on vit le fragment métallique s'oxider, troubler l'humeur aqueuse et disparaître enfin petit à petit sans produire d'accidens fâcheux (Adams.)

Un cas analogue s'est présenté dans la pratique d'un chirurgien d'Edimbourg. (Ibid.)

On conçoit dans ces cas la disparition du fragment métallique par l'action oxidante et dissolvante de l'humeur aqueuse.

2° Le vomissement, surtout lorsqu'il est opiniâtre. Les lavemens opiacés réussissent ordinairement dans ces circonstances. Dans un cas de cette espèce pourtant, à la suite d'une blessure de la sclérotique, le vomissement a duré pendant trois heures, et il a résisté à tous les remèdes. (Scarpa, art. *Staphylôme.*)

3° La réduction de l'iris prolapsé. On conseille pour cela les frottemens sur la tumeur, la belladone intérieurement, la saignée, l'action d'une vive lumière instantanée et la rétropulsion avec un stylet boutonné.

Je dois déclarer néanmoins que ces remèdes réussissent rarement. Chez un jeune homme de la rue neuve-Saint-Roch, qui venait d'avoir un prolapsus irien par suite d'un coup de la pointe d'un clou à la cornée, j'ai employé inutilement la plupart de ces moyens. Il à fallu donc attendre la dissipation de la phlogose et détruire la tumeur à l'aide du nitrate d'argent : la vision de ce côté est restée intègre (1).

Il est bon d'ajouter aussi qu'en cas d'évacuation des humeurs de l'œil, tout le pansement doit se borner à l'application simple de quelques compresses doubles sur les paupières, soutenues par un monoculus ; le tout arrosé continuellement d'eau fraîche. Nous ne sommes plus au temps où, pour panser ces sortes de plaies, il fallait d'abord infuser dans l'œil du sang chaud d'un pigeon vivant, puis du lait d'une nourrice jeune, puis enfin des drogues de l'Orient, etc. Toute l'attention du chirurgien doit porter principalement dans ces occasions à bien gouverner la phlogose et à prévenir les adhérences vicieuses du moignon avec les paupières.

Si l'instrument fériteur de la cornée est pointu, les lésions et le traitement se trouvent déjà tracés en bonne partie dans les considérations qui précèdent. Il y a cependant ici quelques particularités à signaler.

Lorsque le corps pointu porte son action sur l'iris, il ne faut pas partager les craintes imaginaires de quelques personnes. L'expérience apprend que les blessures de l'iris sont beaucoup moins redoutables qu'on ne le croit communément. Sur trente décataractés dont l'iris avait été soit piqué, soit excisé partiellement, la guérison s'est opérée sur vingt-cinq comme si cet accident n'avait point eu lieu. (Clinique Roux-Boyer).

Un ignorant oculiste perfora impunément vingt-neuf fois l'iris, dans le but de faire une pupille artificielle. (Weller.)

Il faut avouer cependant que les perforations de l'iris déterminent quelquefois des synéchies ou des synizésis fâcheux. D'autres fois il en résulte une pupille secondaire, la pupille naturelle persistant en même temps ; ou bien enfin une pupille supplémentaire, c'est-à-dire la naturelle s'oblitérant. Une foule de faits de cette espèce existe dans différens livres d'ophthalmologie (Wenzel, Demours, Adams).

J'ai en moi-même l'occasion d'observer un ancien militaire, qui portait deux pupilles sur l'iris droit par suite d'un coup d'épée sur cette partie : la vision était abolie.

Une remarque importante à faire à cet égard, c'est que l'existence de deux pupilles sur un même œil ne trouble que peu ou point la fonction de la vision si la rétine est saine.

Le cristallin est aussi quelquefois piqué par un corps pointu qui entre accidentellement par la cornée. Une

---

(1) Ce blessé a été présenté publiquement à l'amphithéâtre. Les élèves ont pu constater l'exactitude des assertions ci-dessus.

cataracte en est alors constamment la conséquence.

L'expérience a appris que cette cataracte, si elle n'atteint pas la capsule, guérit le plus souvent par les seules forces de la nature. Elle guérit par l'action dissolvante de l'humeur aqueuse qui pénètre dans la capsule et fond petit à le petit cristallin.

Un enfant eut l'œil percé par la pointe d'un poil de sanglier. Une cataracte cristalline fut la suite de cette blessure. Quelques semaines après, cette cataracte avait totalement disparu, et le petit malade pouvait voir de ce côté à l'aide de lunettes à cataracte. (Wardrop, Anat. pathol. de l'œil.)

Une jeune personne essuya une blessure pareille avec la pointe d'une aiguille. La cataracte traumatique se dissipa en un mois et la vue put consécutivement s'exercer à l'aide de lunettes appropriées.

Dans ce cas, le chirurgien eut la sage précaution d'entretenir pendant quelque temps la pupille dilatée au moyen de la belladone. (Demours.)

Hâtons-nous de faire observer, en attendant, que ce mode de guérison par dissolution de la cataracte, est analogue à celui de la kératonyxis. Il ne prouve par conséquent pas que la cataracte spontanée soit susceptible d'éclaircissement sous l'influence d'un traitement médical.

Quant aux plaies pénétrantes par instrument tranchant qui attaquent l'hémisphère antérieur de l'œil, les faits qui les constatent se présentent par milliers. Leurs effets varient naturellement suivant leurs circonstances particulières.

Si la plaie n'atteint que la cornée simplement, comme dans l'opération de la cataracte, l'humeur aqueuse s'écoule, le lambeau peut se recoller et la guérison s'opérer heureusement.

Mais lorsque l'instrument ne divise la cornée que vers son milieu, et peu nettement, ainsi que cela arrive très-fréquemment, les suites peuvent en être fâcheuses. Un leucome anti-pupillaire dans cette circonstance anéantit quelquefois d'une manière plus ou moins complète l'exercice de la vision.

Dans le reste, les conséquences et la thérapeutique de ces blessures n'offrent rien qui n'ait été exposé dans les remarques précédentes.

Les plaies enfin, qui pénètrent par la sclérotique, en supposant qu'elles ne font que vider l'œil à l'instant, présentent ceci de remarquable, qu'elles sont presque toujours suivies de cécité. Le plus ordinairement la choroïde s'engage dans ces sortes de plaies et fait irruption au dehors, de là l'amaurose par le pincement de la portion de la retine qui a suivi la choroïde entre les bords de la plaie. J'ai observé plusieurs fois l'accident dont nous parlons ; je l'ai observé surtout à la suite de la sclérotonyxis à la Daviel, et que M. Roux pratique de temps en temps. Le traitement est ici en tout semblable à celui de la procidence traumatique de l'iris.

Ces mêmes considérations sont parfaitement applicables à la plupart des blessures du corps ciliaire et surtout à celles du plexus choroïdien de l'œil. L'amaurose en effet est la suite la plus ordinaire de ces sortes de plaies. (Wardrop Beer.)

Ce dernier sujet pourtant recevra plus loin un plus ample développement.

N° 99. — 20 AOUT.

HOTEL-DIEU.

Clinique de M. Roux.

Gibbosité traumatique ; paraplégie ; galvanisation.

Par suite d'une chute de très-haut, un homme âgé d'une quarantaine d'années a été admis dans un des lits de la salle Sainte-Marthe. Il présente un double déplacement remarquable de la colonne vertébrale en arrière ; savoir de la première vertèbre lombaire et de l'avant dernière dorsale ; paralysie des membres inférieurs plus manifeste à gauche qu'à droite ; indolence de la région blessée sous la pression des doigts ; ankylose complète des parties déplacées.

L'accident est arrivé depuis trois mois ; aucune tentative de réduction n'a été faite. La santé générale est bonne.

La seule ressource que l'art présentait à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, est mise actuellement en pratique ; c'est-à-dire la galvanisation. Dans l'état actuel des choses, en effet, on ne voit que ce seul remède qui puisse peut-être améliorer le sort du malade.

La quatrième galvanisation a été faite ce matin en présence des élèves. Une longue aiguille a été enfoncée dans le canal rachidien, à l'endroit de la gibbosité, et des contractions involontaires très-fortes ont été déterminées pendant vingt minutes dans tous les muscles des membres inférieurs et du bassin. Le malade s'aperçoit déjà d'une amélioration assez notable dans la motilité volontaire. Nous espérons que cette amélioration sera progressive sous l'influence de la continuation de cet agent puissant. Nous l'espérons avec d'autant plus de confiance, que nous avons vu des cures vraiment merveilleuses opérées dans des cas analogues par notre honorable confrère M. Fabré-Palaprat.

Je saisis en attendant l'occasion de ce fait pour expliquer mon opinion à l'égard de la conduite qu'on suit généralement dans le traitement des déplacemens traumatiques des vertèbres.

Ouvrez nos traités les plus accrédités et les plus récens de chirurgie ; compulsez les articles de nos dictionnaires à l'égard de ces lésions ; consultez enfin le chapitre *vertèbres* du beau livre de M. Astley Cooper, vous trouverez partout vérifiée cette sentence du célèbre poète Monti :

E dove l'unova, seguita l'altro.

Savoir, qu'à l'égard de certaines choses, les savans se suivent quelquefois les uns les autres dans le même

chemin, sans vous donner d'autre raison que la marche semblable de leurs prédécesseurs.

Voici en effet quelles sont les idées généralement admises sur ce point de chirurgie.

1° Il n'y a pas, dit-on, de luxation traumatique possible entre l'atlas et les condyles de l'occipital. Pourquoi ? C'est que l'académie de chirurgie les a niées. (Boyer, Bichat.)

Cependant cette illustre compagnie n'avait-elle pas aussi à tort traité de chimère les luxations de l'extrémité inférieure du cubitus, et les réunions osseuses de la fracture transversale de la rotule, devenues incontestables aujourd'hui ?

L'ouvrage de Pelletan, *Exercitationes anatomicæ*, qu'on peut consulter à la bibliothèque de l'école, renferme deux observations accompagnées d'autopsie, de luxation traumatique de la première vertèbre cervicale sur l'occipital.

2° Parmi les sept vertèbres cervicales, il n'y a, dit-on, que la seconde qui puisse se luxer complètement sans fracture ; elle se luxe sur l'atlas. Les cinq autres ne se déplacent qu'incomplètement, savoir : dans leurs apophyses articulaires seulement. De plus, il est, dit-on, très-dangereux d'en essayer la réduction. (Boyer.)

Il me semble pourtant que dans l'état actuel de la science, cette opinion ne peut plus être admise comme exacte. Dès 1827, Lawrence montra publiquement à Londres, par l'autopsie, une luxation complète sans fracture du corps de la quatrième vertèbre cervicale, arrivée traumatiquement (Lawrence, on dislocations of the vertebræ).

Mais avant ce praticien, Monteggia avait aussi publié un fait de même nature dans son grand ouvrage de chirurgie. En outre, une autopsie faite en 1833, dans l'hôpital de Dijon, chez une femme qui mourut des suites d'une gibbosité traumatique récente, le corps de la sixième vertèbre cervicale était complètement luxé en arrière sans fracture. Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce dernier fait, c'est que la réduction essayée sur le cadavre a été effectuée avec une très-grande facilité. Mais, il y a plus, le professeur Rust, de Berlin, eut non seulement l'occasion de constater, mais encore de réduire avec le plus grand succès, sur le vivant, des luxations traumatiques complètes des vertèbres cervicales. (Rust's medicinisch-chirurgisch Zeitung, 1813.)

J'ajouterai enfin, que d'après les détails d'un autre cas publié par Schmuher, il est impossible de douter que ce praticien n'ait réduit avec succès aussi une luxation complète de la quatrième cervicale. La même vérité se rencontre dans trois faits analogues appartenant à Latta.

3° Enfin, attendu leur disposition anatomique, les vertèbres dorsales et lombaires ne peuvent pas, dit-on, se luxer sans fracture. Cela est vrai ; les autopsies les plus récentes à ma connaissance confirment cette vérité jusqu'à présent.

Mais est-ce une raison pour ne pas considérer ces déplacemens comme de véritables luxations, et surtout de ne pas se mettre en devoir de les réduire lorsqu'ils arrivent ?

Lorsque l'avant-bras se déplace en avant par suite de la fracture de l'olécrâne, ou bien que la tête du fémur se déloge en arrière à l'occasion de la rupture du rebord osseux de la cavité cotyloïde, n'appelez-vous pas et ne traitez-vous pas ces lésions comme de véritables luxations ?

Dans un cas de luxation traumatique de la première vertèbre lombaire, Rudiger en fit heureusement la réduction à l'instant même de l'accident et la paraplexie se dissipa *illico*. On pratiqua pour cela l'extension et la contre-extension du tronc en plaçant les lacs sur le bassin et les aisselles ; la coaptation directe sur la gibbosité réduisit la vertèbre luxée. La luxation se reproduisit cependant le lendemain et la paralysie également. On revint aux manœuvres de réduction ; le malade resta couché à plat-ventre pendant quinze jours, ayant le tronc relevé aux deux extrêmes et courbé par conséquent en avant dans le milieu de l'épine ; on plaça un corps lourd sur l'endroit de la gibbosité, enfin de prévenir la récidive, et la guérison radicale eut lieu.

D'après une dissection faite par Monteggia d'un cas de cette nature, ce chirurgien conclut avec raison, qu'en pareille occurrence on ne devrait pas hésiter un seul instant à essayer la réduction de la vertèbre déplacée.

Je partage entièrement cette idée, et je crois que mes confrères n'hésiteront pas non plus à se comporter de la sorte, s'ils avaient à soigner des cas analogues à celui de la clinique de M. Roux dont je viens de rapporter l'histoire.

ROGNETTA.

N° 100. — 22 AOUT.

HOTEL-DIEU.

Résumé de la clinique médicale de M. le professeur Chomel, pendant l'année scholaire 1834-1835.

Fièvre typhoïde.

(Suite du numéro 97)

Perforation intestinale. La perforation de l'intestin et la péritonite qui en est la conséquence constituent un des plus graves accidens de la fièvre typhoïde. La suite de ces perforations est l'introduction dans la cavité du péritoine d'une certaine quantité de matières stercorales ou de fluides élastiques, qui déterminent une péritonite remarquable par son invasion soudaine, sa marche rapide, et sa résistance opiniâtre à presque tous les agens thérapeutiques. Les médecins anglais ont appelé dans ces derniers temps l'attention des praticiens sur un nouveau mode de traitement qui paraît avoir réussi quelquefois. Il consiste dans l'administration de l'opium à doses très-élevées. Nous avons eu occasion d'en faire usage dans les cas qui se sont offerts à notre observation dans le cours de cette année. Le nombre de ces cas s'est élevé à 3.

Le premier était relatif à une femme couchée au n° 17

de la salle St-Lazare. Elle offrait, à l'époque de son admission à la clinique, plutôt les symptômes d'un abcès profond de la fosse iliaque que ceux d'une affection typhoïde.

Elle fut prise tout à coup d'une douleur vive de toute la partie de l'abdomen située au-dessous de l'ombilic; il survint en même temps une anxiété extrême, une altération profonde des traits, quelques vomissemens eurent lieu. Les signes de la péritonite étant dans ce cas nettement tranchés, on prescrivit l'opium à la dose d'un grain toutes les deux heures. On priva le malade de boissons; on recommanda un repos absolu. 12 grains d'opium furent pris le premier jour et 18 grains le second. Il n'y eut que quelques légers symptômes de narcotisme.

Sous l'influence de cette médication, les douleurs sous-ombilicales cessèrent entièrement; mais elles persistèrent quelque temps encore dans la région iliaque droite. Plus tard un abcès se forma à la fesse; il fut ouvert. La malade quitta l'hôpital entièrement guérie. Ce fait ne paraît pas appartenir à la fièvre typhoïde.

Le second cas de perforation intestinale s'est présenté chez un homme qui a succombé à une période éloignée de l'époque où s'étaient manifestés les signes de péritonite. La perforation du cœcum a été découverte, mais des adhérences formées entre l'intestin et les parties voisines rendaient impossible la communication entre la cavité de l'intestin et celle du péritoine.

Enfin le troisième cas de perforation intestinale soupçonnée, s'est offert chez un homme âgé de 26 ans, qui, pendant le cours d'une fièvre typhoïde assez bénigne, a été pris subitement de douleurs abdominales extrêmement intenses, avec dépression du pouls, altération des traits et vomissemens. L'opium à hautes doses à été également prescrit. On a suspendu l'usage des boissons. On a permis seulement au malade de prendre de temps en temps quelques cuillerées de sirop de gomme pour humecter sa bouche. En même temps immobilité complète du corps.

Sous l'influence de cette médication, les accidens abdominaux se sont dissipés avec une telle rapidité, que M. Chomel conserve encore quelques doutes sur l'existence d'une perforation. Plus tard ce malade est tombé dans l'état adynamique le plus profond. On lui a prescrit le vin de Malaga à la dose de 4 et 6 onces par jour, l'extrait sec de quinquina à la dose de 2 et 3 gros. Il est sorti de l'hôpital complétement guéri.

Caractères anatomiques. La lésion des follicules intestinaux a été constatée chez tous les individus qui ont succombé. Elle consistait dans une tuméfaction plus ou moins considérable, dans des escharres et des ulcérations suivant la période de la maladie dans laquelle la mort survenait.

Les follicules ont été trouvés simplement tuméfiés chez les sujets qui ont succombé le sixième jour, le dixième, le seizième, et, chose remarquable, le trentième jour! Ce dernier cas peut être considéré comme tout-à-fait exceptionnel.

Parmi les autres sujets dont les lésions ont offert des anomalies, M. Chomel en cite un chez lequel la cicatrisation était complète le trente-sixième jour, et un autre chez lequel les ulcérations n'étaient pas même en voie de cicatrisation après le trentième jour de la maladie.

Le professeur conclut de ces faits qu'on ne saurait admettre avec M. Bretonneau que l'exanthème intestinal est soumis comme l'éruption variolique à des périodes fixes, et qu'on peut, par l'inspection des follicules intestinaux chez un sujet qui a succombé, déterminer d'une manière exacte quelle a été la durée de la maladie. On ne doit pas pour cela nier les rapports qui existent entre la variole et la dothinentérie. La première de ces affections présentant aussi quelquefois dans sa marche des anomalies du genre de celles que nous avons signalées dans l'exanthème intestinal de la fièvre typhoïde.

Traitement. Les fait de fièvre typhoïde observés cette année, considérés sous le point de vue thérapeutique, peuvent être partagés en trois séries.

La première comprendra les cas dans lesquels on a mis en usage le traitement dit rationnel, qui consiste dans l'emploi:

1° D'une à deux saignées dans les dix premiers jours de la maladie, si la fièvre est intense, si le sujet est robuste.

2° De saignées locales si la douleur abdominale est plus ou moins vive.

3° De révulsifs cutanés.

4° De boissons gommeuses avec ou sans addition d'eau de Seltz.

La seconde série renferme les cas dans lesquels on emploie le traitement par le chlorure.

Enfin la troisième est relative aux cas dans lesquels on a fait usage des toniques.

En prenant tous ces faits en masse, et en comparant le nombre des malades admis à celui des morts, on trouve que la mortalité a été de 1 sur 4. Chez les sujets qui ont été traités par les chlorures, la mortalité a été de 1 sur 3. Il est vrai qu'on n'a fait usage de ce médicament que pendant le sémestre d'hiver, et nous avons vu que la mortalité était toujours un peu plus considérable l'hiver que l'été. Quoi qu'il en soit, les espérances que nous avaient permis de concevoir nos premiers essais avec le chlorure ne se sont point réalisées. Chez les individus traités par le chlorure de soude en boisson, lavemens, lotions, cataplasmes, bains, la mortalité a été:

en 1831 de 1 sur 8.
en 1832 de 1 sur 5.
en 1833 de 1 sur 4.
en 1834 de 1 sur 3 (1).

Les résultats obtenus jusqu'à ce jour ne sont point assez avantageux pour qu'on puisse continuer ces expériences avec beaucoup de chances de succès. Quelques médecins disent obtenir des résultats merveilleux avec

1) Année scholaire 1834-1835.

les purgatifs. Mais comme les opinions des différens praticiens qui ont fait usage des évacuans diffèrent beaucoup, nous devons attendre pour nous prononcer et tenter cette médication.

On a vu des accidens survenir chez des individus traités par cette méthode, on nous a même récemment signalé un cas de perforation intestinale. Du reste, M. Louis se livre en ce moment à quelques essais avec les purgatifs; si les résultats de ses expériences sont favorables, nous n'hésiterons pas à les employer dans l'année scholaire qui va suivre.

La mortalité chez les sujets qui ont été traités par les toniques a été de 1 sur 2. Il est vrai qu'on n'a eu recours à cette méthode que dans les cas les plus graves. Quelques-uns étaient tout-à-fait désespérés. Qu'on se rappelle cet élève en médecine qui fut pris deux fois d'accidens épileptiformes, et qui était plongé dans l'état adynamique le plus profond, avec refroidissement de la peau, lenteur et irrégularité du pouls. On le mit à l'usage du vin de Malaga; il prenait ce liquide par cuillerée de deux en deux heures. Un jour on laissa sur sa table de nuit la bouteille, qui contenait 8 onces de vin environ, il la prit, l'avala d'un trait, et en éprouva le lendemain un notable soulagement.

Chez ce sujet, dont l'observation a été publiée dans ce journal, on a fait également usage du musc et des préparations de quinquina. Il est sorti complètement guéri.

Nous avons observé plusieurs autres cas de guérison non moins remarquables. Du reste, c'est presque toujours à une période avancée de la maladie qu'on a eu recours aux toniques.

Nous en excepterons un seul cas, qui est relatif à une jeune fille qui présenta des symptômes adynamiques dès le début. Les toniques, prescrits à haute dose, firent cesser lentement l'adynamie, et la terminaison fut heureuse.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Service de M. Moulinié, chirurgien en chef.

Fongus hématode à la langue.

Ce ne sont point les dimensions des tumeurs qui en constituent la gravité; c'est leur nature intime, c'est leur siége, ce sont leurs rapports avec les systèmes organiques environnans. Telle tumeur, effrayante par sa masse, n'offre rien de dangereux ni de difficultueux, et telle autre, d'un volume minime, est entourée d'écueils et exige une sérieuse attention.

Anne Lannière, âgée de vingt-huit ans, nous a offert sous la langue une tumeur de ce dernier genre; elle était placée près du frein, adhérente au tissu musculaire lingual, sur le trajet des vaisseaux ranins. Sa couleur était bleuâtre; elle se renflait à des degrés différens, à momens différens, et selon les différentes émotions de l'âme. Il était aisé de désigner sa nature et de reconnaître le fongus hématode de Hey ou de Burns, ou tissu érectile de Dupuytren.

La malade attachait si peu d'importance à cette tumeur, qui n'avait que la grosseur d'une cérise, qu'elle s'était présentée à l'hôpital pour la faire ouvrir d'un coup de lancette, et se retirer à la campagne où elle habite. Il fallut lui faire concevoir qu'une opération plus importante était nécessaire, et que des soins consécutifs deviendraient indispensables; elle se décida à entrer à l'hôpital.

M. Moulinié exposa, dans de rapides considérations, la tendance qu'ont les fongus hématodes à repulluler d'une manière désespérante; et de là, l'indication d'en opérer l'ablation totale; la difficulté d'exécuter cette ablation à cause de l'affaissement de la tumeur qui échappe aux yeux, à peine elle est ouverte; les obstacles qu'offrait l'opération dans le cas actuel, la position de la tumeur sur un organe d'une mobilité extrême, mobilité accrue par le sentiment de la douleur, par le besoin de cracher le sang; les dangers de l'hémorrhagie provenant de vaisseaux dont la division était inévitable; la difficulté d'arrêter le cours du sang par le défaut de point suffisant de compression, etc.; mais aussi il indiqua les moyens de surmonter tous les inconvéniens, de remédier à tous les accidens et de parvenir à un but désirable.

La malade placée, maintenue sur une chaise, un bâillon fut placé entre les arcades dentaires pour les tenir écartées; la langue emmenée hors de la bouche, sa pointe fut traversée par une aiguille courbe armée de fils cirés. Ces fils étant doublés, formaient une anse, et il était ainsi facile de maintenir la langue et de la tirer à l'extérieur.

La dissection de la tumeur fut alors exécutée à l'aide du bistouri et de la pince; quelques petits lambeaux furent réséqués avec des ciseaux. Le sang coula par jet; l'artère ranine et d'autres artères étaient ouvertes. Des fers rouges étaient tout prêts. Après avoir garni la bouche de compresses imbibées d'eau froide, ces fers furent portés à deux reprises sur la langue, pour arrêter l'hémorrhagie par cautérisation.

La malade tomba en syncope. Du sang avalé coulant dans la glotte occasionait de la suffocation; quelques antispasmodiques, des aspersions réfrigérentes, dissipèrent l'évanouissement.

La malade se débarrassa du sang que contenait la bouche et la gorge.

Cependant l'hémorrhagie ne paraissait pas complètement arrêtée; de petites boules de charpie furent entassées sous la langue, dans la plaie, et la malade fut engagée à placer la langue entre les deux arcades dentaires, et à exercer elle-même avec les dents une compression. Ce moyen fut efficace; il n'y eut plus bientôt le moindre écoulement de sang.

La plaie fut pansée au bout de trois jours; elle se détergea, se cicatrisa rapidement, et la malade guérie sortit de l'hôpital quinze jours après l'opération.

Kyste séreux rendu par le vomissement; par M. le Dr Pinel.

Mademoiselle Régibier, âgée de vingt-cinq ans, du département de la Côte-d'or, d'une constitution forte et sanguine, bien réglée depuis l'âge de quinze ans, venue a Paris en 1832 pour la première fois, y resta deux ans en domesticité sans éprouver de maladie réelle; mais au bout de ce temps elle fut atteinte d'une maladie très-dangereuse, dont elle fut traitée pendant vingt jours avec les délayans, les sangsues en grande quantité, les vomitifs et les purgatifs (suivant le dire de la demoiselle), de manière qu'au bout de vingt-cinq à trente jours, elle put retourner dans sa famille où elle passa deux mois sans recouvrer entièrement son état normal.

Elle est revenue le 12 janvier dernier à Paris. Le cinquième jour elle mangea vers midi une assez grande quantité de pommes de terre frites, et vers les onze heures du soir, il survint tous les symptômes d'une indigestion si douloureuse que, ne pouvant plus y résister, elle essaya, à l'aide de ses amies, de venir me consulter, mais elle tomba en syncope sous la porte cochère de la maison, et eut un vomissement qui fit rejeter une grande quantité de pommes de terre; après cela on la remonta et la coucha dans un lit, alors on m'appela. Je la trouvai couchée sur le dos, dans une faiblesse générale extraordinaire; tout le corps était froid et décoloré; figure décomposée, pouls, petit et lent, n'articulant qu'avec grande peine quelques paroles qui me firent comprendre qu'elle désirait vomir encore. Je prescrivis toutes les cinq minutes un grand verre d'eau tiède contenant en dissolution quelques blancs d'œufs, jusqu'à ce qu'il y eut eu plusieurs vomissemens; ensuite thé léger. Le lendemain matin à 7 heures, la malade était hors de toute espèce d'inquiétude. On me raconta alors qu'après avoir pris quelques verres de l'eau prescrite, il était survenu plusieurs vomissemens dont un avait été si fort et si long, qu'on avait cru qu'elle allait étouffer; mais que dans un effort extraordinaire, elle avait vomi une tumeur qu'on me fit voir; que de ce moment elle était passée de la mort à la vie. Aussi la malade me déclara-t-elle qu'il ne lui restait plus de toutes ses souffrances qu'une faible cuisson dans l'estomac, qui lui causait la sensation d'une légère brûlure toutes les fois qu'elle prenait des alimens solides ou liquides. Cette dernière incommodité est allée en diminuant de jour en jour, de sorte qu'aujourd'hui, le huitième, elle n'éprouve plus rien, non-seulement de tout ce qui s'est passé dans cette dernière affection, mais de tout ce qu'elle éprouvait depuis plusieurs années; d'où je conclus que cette tumeur anormale était la cause déterminante des désordres qu'on remarquait constamment dans plusieurs de ses fonctions depuis un grand laps de temps, et une cause prédisposante continuelle de ses maladies aiguës.

Le volume et la forme de la tumeur sont celles d'un gros œuf de poule, dont elle ne diffère qu'en ce qu'elle est plus amincie à l'une de ses extrémités et qu'elle est aplatie sur deux côtés; elle est composée de deux membranes présentant à leur intérieur une assez grande cavité remplie de sérosité.

La membrane extérieure est d'une ligne d'épaisseur à peu près, et me paraît de nature cellulo-graisseuse, manquant dans un espace grand comme la pulpe du pouce; sa surface extérieure est assez lisse, sauf quelques points rugueux; l'interne est adhérente a l'extérieur de la seconde par un tissu cellulaire mince et très faible.

La membrane interne est entière et ressemble parfaitement aux séreuses; la surface externe est adhérente à l'interne de la première, comme je viens de le dire; l'interne est très-lisse et entièrement remplie de sérosité;

Désirant la conserver, et ne pouvant empêcher la transsudation du liquide au travers de ses enveloppes, j'en fis l'ouverture avec beaucoup de précaution, et examinai très-minutieusement le liquide, sans pouvoir y apercevoir autre chose qu'une sérosité tout-à-fait semblable à celle des séreuses naturelles; lorsqu'elle a été bien vidée, je l'ai remplie de coton, et rapproché les bords de la petite solution de continuité avec du fil, de manière que je la conserve desséchée avec son volume naturel.

Je l'ai montrée à M. le professeur Magendie : ce savant physiologiste a trouvé ce fait remarquable.

Veuillez avoir la bonté de la garder au bureau de la *Gazette des Hôpitaux* pendant un mois, à la disposition de tous les confrères qui pourraient désirer la voir.

N° 101. — 25 Aout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Velpeau.

Leçons sur la lithotritie.

Le 22 août, M. Velpeau, au sujet d'un malade qu'il allait lithotritier, a fait une leçon sur la lithrotitie que nous croyons devoir reproduire.

Libre, dit-il, de mes opinions, impartial dans toutes les questions scientifiques sur lesquelles j'ai eu à me prononcer jusqu'à présent, je suis bien aise de profiter de l'occasion que m'offre ce sujet, pour proclamer de nouveau ma façon de penser.

La lithotritie employée avec discernement est une chose bonne et utile; mais elle est mauvaise comme méthode générale. Je viens donc encore en repousser les abus, et poser les limites dans lesquelles je pense que ce procédé opératoire doit être circonscrit. Il n'y a pas prévention de ma part, et j'en puis donner plusieurs preuves.

En 1829, dans les archives médicales, où j'analysais un ouvrage sur ce sujet, j'étais plus grand partisan qu'aujourd'hui de la lithotritie; je dis plus partisan qu'aujourd'hui, car depuis lors j'ai vu opérer, j'ai opéré

moi-même, j'ai dans mes cours enseigné cette opération à mes élèves, que j'ai fait exercer, et j'ai dans ces circonstances, été à même de me convaincre des difficultés et des inconvéniens graves qu'elle pouvait offrir. Dernièrement encore, à l'académie, j'ai été à même de traduire mon opinion, et ce n'est pas sans beaucoup de peine que j'ai pu m'assurer que j'avais été mal compris. J'aime mieux le croire que de penser que l'opposition que j'y ai rencontrée était dans le but seulement de faire prévaloir le système nouveau qu'ont embrassé MM. les lithotriteurs.

Il y a eu plusieurs manières de détruire les calculs dans la vessie. D'abord par la dissolution, procédé qu'on a nommé lithomtrypsie, et qui consiste à attaquer la pierre au moyen des boissons et tisanes délayantes, au moyen d'un régime *ad hoc*. Dans ces boissons on faisait entrer le bi-carbonate de soude pour la gravelle principalement, on administrait les eaux de Vichy, et on donnait encore aux malades d'autres eaux minérales. J'ai employé moi-même tous ces moyens, et je dois le dire, je n'ai jamais pu constater de succès.

Comme cette méthode ne satisfaisait pas l'imagination, parce qu'on ne pouvait expliquer l'action délayante par le contact immédiat des médicamens, on a essayé de porter les lithomptripsiques sur le calcul même, c'est-à-dire dans la vessie, et dans le but d'anéantir ce calcul, on employait les réactifs chimiques ; mais comme on n'a pas tardé à comprendre que ces moyens devaient agir aussi sur la membrane interne du réservoir de l'urine, force a été heureusement d'y renoncer.

Un instrument formant une poche à la pierre a été inventé dans le but de le faire pénétrer dans la vessie et de faire arriver dans cette enveloppe les médicamens précédens ; mais bientôt on a pu encore se convaincre de l'impossibilité d'arriver à un résultat satisfaisant. Tout dernièrement, un chirurgien de Lyon vient d'annoncer qu'il avait trouvé un moyen de dissoudre la pierre dans la vessie : j'attends qu'il l'ait fait connaître pour l'examiner. Je dois dire cependant que je doute fort de la valeur d'une telle assertion.

Enfin on a tenté de dissoudre la pierre au moyen d'eau qu'on ferait arriver dans la vessie et qu'on renouvellerait souvent, et, à cette effet, on a imaginé un instrument qui aurait permis dans ce viscère un double courant qui prenait sa source dans un seau d'eau qu'on plaçait près du lit du malade, et qui, de cette manière, fournissait sur le calcul un renouvellement d'eau continuel. Mais, comme pour les précédens, il a fallu y renoncer ; car on a calculé que pour faire disparaître un calcul d'une once, par exemple, il aurait fallu plusieurs années.

Quoique toutes ces investigations n'aient point réussi jusqu'ici, elles sont pourtant d'une grande utilité ; sans contredit elles démontrent que la taille est une opération dangereuse, puisqu'on voit, par les précédens, que l'esprit des chirurgiens est dans un travail sans relâche pour remédier à cette affection. Aussi est-ce ce travail qui nous a amené où nous en sommes aujourd'hui, car une fois qu'on a eu pensé à faire pénétrer jusqu'à la pierre un instrument pour l'embrasser, la lithotritie est née. Il faut le dire, cette méthode n'est pas nouvelle, elle remonte même à plusieurs siècles ; un vieil auteur arabe avait déjà songé à rompre les calculs, mais cela était plus facile à dire qu'à faire ; cependant l'idée n'en était pas moins trouvée. On sait encore qu'au commencement de ce siècle, un moine s'introduisait une sonde dans la vessie, et qu'il essaya plusieurs fois, pendant un certain laps de temps, à briser la pierre en la frappant à plusieurs reprises du bec de la sonde, mais ce n'était alors que la lithotritie naissante, incertaine ; aussi est-il impossible de ne pas reconnaître qu'elle est née à Paris, tandis que l'Allemagne en a fourni la première idée. Mais dès lors le problême était loin d'être résolu, car on ne voyait pas la possibilité de faire arriver dans la vessie un instrument courbe ; alors, M. Amussat, un de mes anciens condisciples, homme d'un véritable mérite et auquel l'état actuel de la lithotritie est si redevable, démontra qu'il était possible d'introduire un instrument lithotriteur courbe.

On construisit donc la sonde dite à trois branches, et, à partir de ce moment, il y eut une obscurité, que je ne me charge pas de lever, sur l'auteur véritable de cette découverte : MM Civiale, Amussat et Leroy d'Etiolles revendiquèrent chacun la priorité de cette lumière (1). Cependant il paraîtrait très-probable que l'invention première devait appartenir à M. Leroy, tandis que par ce moyen, M. Civiale aurait le premier guéri des malades. Je le répète, dit M. Velpeau, ce n'est là que ma façon de penser, qui même peut être erronée.

La lithotritie se résume en trois méthodes différentes, l'une par perforation, l'autre par écrasement, la troisième par percussion.

La première méthode, ou celle dite par percussion, se compose d'un instrument qui forme trois parties : un cylindre, qui est la sonde proprement dite, une pince à trois branches qui, introduite fermée dans ce cylindre, ne forme qu'une tige capable d'entrer dans celui-ci, et munie d'un foret. Voici comme on se sert de cet instrument :

D'abord avec cette sonde on s'assure de la présence du calcul ; on pousse avec la tige qui ouvre les trois branches, on saisit le calcul, on retire la tige qui l'embrasse, puis, au moyen d'un archet, on fait tourner le foret qui perfore la pierre. Mais cette tige doit être soutenue de différentes manières. Ainsi, ce peut être un étau que l'on confie à un aide, ce peut être le lit mécanique de M. Heurteloup, etc. Aussitôt que le foret a transpercé le calcul, on retire la tige de nouveau pour le briser, puis on reprend chaque morceau pour le perforer encore. Cette méthode, dite méthode des perforations successives, appartient à M. Civiale.

On a trouvé que ce procédé était trop long, et alors on a songé à creuser la pierre en coque au moyen d'un

(1) M. Fournier de Lempdes a aussi fait valoir ses prétentions à cette découverte.

foret fait exprès; mais comme les inventeurs se sont bientôt convaincus eux-mêmes du peu de valeur de cette modification, ils y ont renoncé, ainsi qu'à un troisième, qui consistait à faire éclater la pierre de dedans en dehors.

M. Tanchou, au moyen d'un instrument ingénieux, veut qu'on pulvérise les calculs vésicaux, et voici comment il arrive à ce but. Avec un instrument à plusieurs branches, qui sont réunies à leurs extrémités par une petite chaînette, et dont le tout forme un petit entonnoir qui saisit la pierre; il l'use de dehors en dedans, en une ou deux séances.

La seconde méthode, celle par écrasement, consiste à broyer la pierre au moyen de l'instrument de Jacobson. Cet instrument est courbe, et offre absolument la forme d'une sonde ordinaire. On l'introduit dans la vessie, on pousse une tige qui glisse dans la sonde comme pour le procédé précédent; seulement, au lieu de trois branches qui sortent dans la vessie, c'est une anse munie sur sa concavité de petites dents, qui embrasse le calcul; on serre au moyen d'une vis, de sorte que l'opération se fait sans secousse, et par conséquent sans danger. Cet instrument est construit aussi de manière à ce qu'il indique le volume de la pierre. M. Leroy l'a modifié. Enfin vient le troisième procédé, dit par percussion, qui est celui de M. Heurteloup. Je pourrais revendiquer l'invention de l'instrument dont se sert ce chirurgien; car comme lui j'avais fait construire une tige formée de deux parties qui glissaient parallèlement l'une sur l'autre, qui étaient courbées à leur extrémité. On tire celle qui se trouve appliquée sur l'autre; il se forme un cran dans lequel s'engage bientôt la pierre; on repousse alors la partie de la sonde qu'on avait tirée d'abord, et la pierre se trouve prise. C'est à ce temps de l'opération que nous différions, car M. Heurteloup ayant une fois saisi le calcul, place son instrument dans l'étau qui se trouve en avant de son lit mécanique, et au moyen de percussions faites avec un petit marteau sur la partie de la sonde que l'on fait mouvoir, brise facilement la pierre dont il s'est emparé. Mon procédé, à moi, consistait à me servir de l'instrument comme d'un cathéter, puisque j'avais eu le soin de faire pratiquer une rainure à la partie convexe de l'instrument, qu'on tourne toujours, comme dans la méthode précédente, vers le bas-fond de la vessie. J'introduisais un bistouri comme dans la taille, j'en dirigeais la pointe vers la rainure dont je viens de parler, et ensuite je présentais le calcul à l'ouverture que je venais de pratiquer. J'abandonne bien volontiers la priorité de cet instrument.

Voyons maintenant d'une manière générale, quels sont les inconvéniens de ces méthodes, et quelle est celle qui mérite la préférence?

1° Comme il faut des instrumens droits pour la première méthode, ou celle dite des perforations successives, je pense qu'elle est la moins bonne, et que par conséquent, elle doit être abandonnée.

2° La méthode de percussion : mais elle a un grand inconvénient que possède aussi la précédente, c'est de pouvoir communiquer à l'instrument de secousses qui, malgré toutes les précautions, vient en pousser le bec sur les parois de la vessie. Le lit mécanique est le plus grand des avantages que possède cette méthode : car si malheureusement le malade vient à faire un mouvement, il se blesse toujours dangereusement, puisque l'instrument qui est dans la vessie y est fixé d'une manière immobile. L'inventeur dit que cet accident ne peut arriver, mais comme j'en ai été témoin, je puis plus que tout autre en apprécier l'inconvénient grave. Enfin l'instrument, qui n'est pas précisément courbe, est encore un grand motif qui me fait rejetter cette méthode, puisque par cette forme, il redresse presque autant le canal de l'urètre que l'instrument droit.

Celle dite par écrasement est donc une des meilleures à mon sens, parce que l'instrument de Jacobson, dont on se sert, a exactement la forme d'une sonde, et que, de plus, il n'y a pas de secousses à lui imprimer.

Dans quels cas faut-il pratiquer la lithotritie?

Quand la pierre n'a que le volume d'une petite noix, quand les voies urinaires sont saines, quand le malade est un adulte, n'est pas trop irritable, et que son état général est bon; hors de là c'est à la taille qu'il faut recourir.

Quels sont les dangers de la lithotritie? C'est que la présence souvent rappelée de gros instrumens dans les voies urinaires, développe des accidens effrayans, tels par exemple que des uréthrites, des cystites, des abcès des testicules, des perforations de la vessie, des phlébites, des abcès dans les uretères, dans les reins, des infiltrations dans le scrotum, etc.

Enfin beaucoup de malades ne guérissent pas par ce genre d'opération; je pourrais prendre des exemples dans la pratique des lithotriteurs à l'appui de cette opinion.

Il y quinze jours, un malade vint me trouver, il avait été lithotritié; il me dit qu'il souffrait encore depuis son opération, et qu'alors de nouveau il s'était représenté à son opérateur qui l'avait sondé et l'avait renvoyé sans avoir rien rencontré; qu'alors il était venu vers moi; je l'ai sondé et lui ai conseillé d'aller voir de nouveau son opérateur, puisque je venais de m'assurer qu'il existait encore des fragmens de pierre dans sa vessie. Ce malade exécuta mon conseil, mais n'osa pas dire qu'il était venu me trouver. Il fut encore exploré par le chirurgien lithotriteur, qui lui répéta qu'il était parfaitement guéri. Désespéré, il revint à moi; je lui recommandai de dire que j'étais persuadé qu'il restait des fragmens de calculs. Le malade fut de nouveau soumis à la lithotritie, et on opéra sur deux fragmens de dix lignes de diamètre.

Voici donc ma pensée sur la lithotritie. La taille a des inconvéniens graves; la lithotritie est une belle et bonne conquête, elle en livra un bon nombre de cas à la taille; mais elle a beaucoup d'inconvéniens, beaucoup plus que les lithotriteurs ne le disent.

———

ECOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Des tumeurs de la région oculaire.

Considérées sous le rapport de leur nature, les tumeurs de la région oculaire peuvent être divisées en trois classes :

1° En tumeurs purement inflammatoires telles que l'orgeolet, le phlegmon orbitaire, le ptérygion, etc ;

2° En tumeurs atoniques, non susceptibles de dégénérescence maligne, comme les loupes, les lipomes de l'orbite, la grêle palpébrale, les kystes hydatiques, etc. ;

3° Enfin en tumeurs cancéreuses, ou pouvant devenir telles.

Envisagées ensuite sous le rapport de leur siége, les tumeurs en question peuvent aussi être partagées en trois catégories, savoir :

1° En orbitocèles ;

2° En ophthalmocèles ;

3° En blépharocèles ;

Etudions ces tumeurs d'après cette double division pratique.

PREMIÈRE CLASSE DE TUMEURS.

Des orbitocèles, ou des tumeurs intra-orbitaires.

Qu'elles aient naissance dans le cône même de l'orbite, ou bien qu'elles proviennent d'une des cavités circonvoisines, comme du sinus maxillaire, de la fosse nasale, de la boîte crânienne, etc. ; les tumeurs de cette région ont ceci de commun qu'elles produisent presque toujours l'exorbitisme, c'est-à-dire l'expulsion du globe de l'œil de sa niche naturelle.

Une considération pratique fort importante se rattache à cette remarque. C'est que, attendu la direction flexueuse du nerf optique dans l'orbite, lorsque ces tumeurs ne compriment pas sensiblement la pulpe de ce nerf ; l'exophthalmie peut-être portée très-loin sans que l'œil perde irrévocablement sa faculté visuelle. L'organe générateur de la rétine, en effet, ne fait dans cette circonstance que déployer ses courbes, se rectifier, s'allonger et permettre au bulbe oculaire de s'avancer, sans pour cela cesser de conserver ses relations normales et avec l'encéphale et avec la sphère visuelle qu'il anime. De là ces cures si étonnantes quelquefois de proptosis ou chutes oculaires et d'exophthalmies énormes, avec le retour parfait de la vision. On conçoit par conséquent de quelle importance il est pour la pratique d'étudier et de pondérer avec la plus grande minutie les circonstances des tumeurs intra-orbitaires pour ne pas se décider à sacrifier intempestivement un organe dont la faculté sensitive pourrait n'être que simplement suspendue et non abolie.

§ 1er *Tumeurs sanguines de l'orbite.*

Ces tumeurs se présentent sous quatre variétés très-distinctes :

1° Dilatation anévrismale du tronc de l'artère ophthalmique ;

2° Anévrisme par anastomose, ou tumeur érectile du tissu cellulo-vasculaire de l'orbite ;

3° Tumeur mélanique du même tissu ;

4° Enfin, épanchement de sang dans le coussinet intra-orbitaire par hémorrhagie à la base du crâne, ou bien par rupture traumatique de l'artère ophthalmique.

Bien que les anciens eussent connu la plupart des tumeurs sanguines des différentes régions du corps, l'historique de celles de l'orbite ne commence qu'au dix-neuvième siècle. C'est à Travers qu'on doit en effet les premières notions sur cette matière (1809). L'observation d'une orbitocèle sanguine, publiée par ce chirurgien, est devenue d'autant plus célèbre, qu'au dire de l'auteur elle offre aussi le premier exemple de ligature heureuse de l'artère carotide primitive. Depuis cette époque, les faits de cette nature se sont suffisamment multipliés pour pouvoir en parler d'une manière assez détaillée.

A. *La dilatation anévrismale de l'artère ophthalmique* se traduit au dehors par les caractères suivans.

Bruit sifflant et saccadé fort incommode dans l'intérieur de la tête et de l'orbite ; insomnie par suite de ce bruit. Disparition momentanée du bourdonnement par la compression de la carotide. Appréciation sensible du sifflement en appliquant l'oreille sur la tempe du malade ; exophthalmie proportionnée au volume de la tumeur ; persistance de la vision jusqu'à une certaine période de la maladie. Terminaison naturelle ordinairement par la mort. Le mal peut exister dans les deux orbites à la fois.

Un malade traité par M. Guthrie, présentait les symptômes ci-dessus dans les deux orbites. S'étant refusé à la ligature des carotides, il succomba. L'autopsie montra une tumeur sanguine dans chaque orbite, du volume d'une noix, formée par la dilatation unique du tronc de l'artère ophthalmique. La veine de ce nom était oblitérée sur un point et dilatée sur un autre. Les muscles intra-orbitaires atrophiés étaient d'une dureté presque cartilaginense (Guthrie, chir. opérat. des yeux).

Le traitement de cette première variété de tumeur est médical et chirurgical à la fois.

Les saignées générales et locales (artériotomie rétro-mastoïdienne), répétées suivant l'état de la constitution ; un régime sévère ; le repos absolu de l'esprit et du corps ; des applications continues d'eau froide sur la région périorbitaire et tout ce qui tend à l'asthénie générale, tels sont les remèdes de la première catégorie. L'insomnie pourrait à la rigueur être combattue par les opiacés, mais attendu l'effet congestionnel de ces agens vers l'encéphale, il faut ne s'en servir qu'avec circonspection. Cette médication ne guérit pas toujours le mal, mais elle peut en retarder les progrès ou servir de préparation au traitement chirurgical.

La ressource la plus efficace sur laquelle on doit

compter pour la guérison de ces tumeurs, c'est la ligature de la carotide primitive. Si le mal existe des deux côtés, on opérera en deux temps, en interposant quelques mois à chaque opération.

C'est une chose assez remarquable que la fidélité avec laquelle la ligature de la carotide a atrophié les tumeurs sanguines de l'orbite, tandis qu'il n'en a pas été de même de celles de la fosse temporale et des autres régions épicrâniennes.

Il ne faut pas oublier pourtant que cette opération est une des plus graves de la chirurgie, et qu'il ne faut y avoir recours qu'après avoir reconnu inutiles les autres remèdes moins dangereux.

Cette circonspection me paraît d'autant plus sage que, comme on sait, M. Velpeau ayant dernièrement lié mal à propos la carotide sur un jeune homme bien portant, pour une petite tumeur de la tempe, que ce médecin prit par erreur pour sanguine, le malade mourut!

Aussi proposai-je que dans les cas d'orbitocèles de cette espèce, si la faculté sensitive de l'œil était complètement éteinte, l'on attaquat la tumeur par l'orbite, en arrêtant le sang à l'aide d'un tamponnement à la Guattani, ainsi que je l'ai vu faire avec succès à Dupuytren, dans un cas de tumeur érectile de la même cavité dont je rapporterai plus bas l'histoire.

B. *L'anévrysme par anastomose* du tissu cellulo-vasculaire de la fosse orbitaire est une sorte de tumeur mixte. Elle diffère par conséquent de la précédente. Son élément dominant est tantôt artériel, tantôt veineux; tantôt enfin sa substance est en partie vasculaire et en partie fibreuse ou graisseuse, ainsi que Dupuytren nous le fit observer chez un étudiant en médecine de Versailles, qu'il opéra en novembre 1829.

Le volume le plus ordinaire des orbitocèles en question est depuis une noix jusqu'à un œuf de poule, ou un peu plus. Leur forme est variable, tantôt plates et circonscrites, tantôt de figure irrégulière et avec des embranchemens diversement dirigés, ces tumeurs se montrent au dehors sur un des côtés de l'œil en repoussant cet organe dans une direction opposée. Dans un cas pour lequel M. Roux lia la carotide, l'orbitocèle communiquait avec une autre tumeur sanguine de la fosse orbitaire. (Journal hebdom. 1831.) Mais c'est ordinairement en rasant la paroi nasale ou sourcilière de l'orbite qu'elles se font jour au dehors; quelquefois cependant elles se montrent par ces deux voies à la fois, ou bien enfin par les deux autres parois que la fosse orbitaire présente. De là exophthalmie avec diplopie et strabisme soit divergent, soit convergent, etc. Il n'est pas impossible cependant que l'exorbitisme en question fût directe, c'est-à-dire sans déviation de l'axe visuel et sans apparition de la tumeur au dehors: alors le diagnostic peut présenter de l'ambiguité! Voici, du reste, quels sont les caractères physiques et physiologiques du mal que nous étudions.

Exophthalmie oblique ou directe. Paupières distendues et extroversées. Epiphora. Varicosités variables des vaisseaux palpébraux. (Travers.) Diplopie, ambliopie, ou cécité complète. Tumeur périoculaire, appréciable à la vue et aux doigts, rénitente, pulsatile ou non, expansible activement, à rhythme artériel, réductible souvent par la pression, soit immédiate, soit de la carotide. Sentiment de tintement, de frémissement, de bourdonnement, de susurrus fort incommode. Un ou plusieurs de ces caractères peuvent manquer quelquefois.

Le pronostic des tumeurs en question doit, à mon avis, être toujours réservé; car qui peut répondre de leurs terminaisons?

Parmi les nombreuses médications imaginées contre les tumeurs érectiles en général, quelques-unes seulement ont pu être essayées pour celles de l'orbite; savoir:

1° La ligature;

2° La compression et les réfrigérans;

3° L'extirpation;

4° Enfin l'oblitération de la carotide.

Un étudiant en médecine de Versailles, dont j'ai cité le fait, portait un orbitocèle sanguine (sans battemens), avec exophthalmie oblique, se montrant par le côté sourcillier de la cavité. Existence d'une cicatrice à la paupière, résultat d'une incision et d'une ligature qu'on avait appliquée à Versailles sur la tumeur. Récidive.

Dupuytren extirpa l'œil et la tumeur en même temps, par un procédé que je décrirai plus loin. L'hémorrhagie, bien qu'abondante, fut aisément arrêtée à l'aide de boulettes de charpie enveloppées de poudre de colophane. Guérison.

Ce fait offre donc à la fois un exemple et de ligature et d'extirpation de la tumeur.

La compression et les réfrigérans, à l'aide de l'eau de rose alumineuse, ont été essayés avec succès dans un cas d'orbitocèle sanguine se prolongeant jusqu'au sourcil. (Abernethy, Surgical Works.)

Plusieurs fois enfin, la ligature de la carotide a été pratiquée avec succès dans ces sortes de tumeurs. Les observations de Travers et Dabrymple sont trop connues pour que nous les reproduisions ici.

Nous avons aussi cité un fait analogue de M. Roux, mais nous devons ajouter que c'est une erreur de dire avec M. Velpeau que le docteur Arendt lia la carotide pour une tumeur érectile de l'œil.

Il s'agissait dans ce cas d'une tumeur de la paupière dont je parlerai plus loin, et non pas d'une tumeur de l'œil! D'ailleurs, il y a des tumeurs érectiles de l'orbite, des tumeurs érectiles des paupières, mais personne n'a encore observé, du moins à ma connaissance, des tumeurs érectiles de l'œil!!

On voit bien, par les considérations qui précèdent, que la ligature de la tumeur et la compression avec les réfrigérans ne sont guère applicables que dans quelques cas exceptionnels d'orbitocèle sanguine. Ce sont donc l'oblitération de la carotide et l'ablation de la tumeur qui doivent être tenues comme des méthodes générales dans le traitement de ce mal.

C. *La tumeur melanique* de l'orbite n'a été observée qu'une seule fois jusqu'à présent, à ce que je sache. Le fait s'est présenté à la clinique de M. Roux; je l'ai

décrit dans mon travail sur l'anatomie pathologique de l'amaurose. La pièce a été envoyée à M. Cruveilhier; elle a dû être dessinée dans l'ouvrage de ce médecin. Je ne m'arrêterai pas ici sur les caractères anatomiques de la tumeur. Vous pouvez consulter à cet égard l'article Mélanose du savant traité d'anatomie pathologique de Lobstein. Je dirai seulement que le mal s'offrait sous la forme d'un squirrhe de l'orbite, et que sa nature n'a été reconnue qu'après l'extirpation de l'œil; il y avait cécité complète, le nerf optique étant complètement résorbé. Ce fait indique déjà assez quelle est la conduite thérapeutique à tenir en pareille circonstance.

D. *Les épanchemens sanguins intrà-orbitaires* enfin, n'arrivent que par suite d'un lésion traumatique très-grave L'infortuné Bennati présenta une exophthalmie instantanée par suite de son accident. Une blessure de l'orbite cependant, par instrument piquant, peut quelquefois produire un effet analogue.

Ce dernier accident se ralliant à l'étiologie du phlegmon orbitaire, sera étudié dans la prochaine séance.

N° 102. — 27 Aout.

HOTEL-DIEU.

Résumé de la clinique médicale de M. le professeur Chomel pendant l'année scholaire 1834-1835.

Fièvres intermittentes.

(Suite du numéro 100.)

Le nombre des sujets atteints de fièvre intermittente a été de 21, sans y comprendre les fièvres intermittentes symptomatiques qui doivent être rattachées à la classe des phlegmasies. La distinction des fièvres périodiques et essentielles et symptomatiques est de la plus haute importance en médecine pratique. Les unes sont indépendantes de toute phlegmasie viscérale appréciable et cèdent constamment à l'emploi des fébrifuges; les autres, au contraire, ont leur point de départ dans une inflammation sourde, latente, résistent aux anti-périodiques et réclament une autre médication. A l'époque où l'on avait rangé toutes les fièvres intermittentes parmi les phlegmasies, il est évident qu'on avait laissé en dehors un grand nombre de faits, et qu'on ne s'était attaché qu'à ceux dans lesquels la fièvre était fomentée par une phlegmasie viscérale. Des cas de ce genre ont été observés cette année à la clinique comme les années précédentes, et nous avons eu soin de vous les signaler pendant le cours de ces leçons.

Parmi les faits les plus remarquables de fièvre intermittente symptomatique, nous vous en rappellerons un qui se présenta chez une femme couchée au n° 10 de la salle St-Lazare. Cette femme, récemment accouchée, accusait, au moment de son admission, une fièvre intermittente dont les accès offrant les trois stades bien marqués de frisson, de chaleur et de sueur, revenaient chaque jour depuis une quinzaine environ. On administra le sulfate de quinine à doses progressivement croissantes, la fièvre non-seulement résista, mais d'intermittente qu'elle était elle devint continue, et s'accompagna de douleurs hypogastriques. Aux fébrifuges on substitua alors la diète aqueuse. Les accidens allèrent toujours croissant; il survint de la diarrhée, des vomissemens, du délire, enfin la mort.

A l'ouverture du cadavre, on trouva dans les deux poumons un grand nombre d'abcès dit métastatiques, tels qu'on les observe à la suite des phlébites. Le péritoine qui tapisse l'excavation du bassin offrit en outre des traces de phlegmasie; un épanchement purulent s'était formé lentement dans cette cavité. Il existait de plus un caillot induré dans la veine-cave inférieure. On ne trouva rien dans le veines utérines. La fièvre intermittente était manifestement dans ce cas symptomatique d'une phlébite, affection qui se rencontre quelquefoi chez les femmes récemment accouchées. Les abcès du poumon constituent une des lésions anatomiques de l'inflammation veineuse. Ne pourrait-on pas se demander si chacun des frissons éprouvés par le malade ne se rattachait pas au travail de phlegmasie qui présidait à la formation des abcès dont le parenchyme pulmonaire était le siége.

Il s'est présenté ces jours derniers à la clinique, un homme atteint d'une fièvre intermittente qui nous a paru équivoque. Nous ne savons véritablement si la maladie doit être classée parmi les fièvres symptômatiques ou parmi les fièvres essentielles. Cet homme, jouissant habituellement d'une bonne santé, et n'ayant jamais éprouvé d'accès de fièvre intermittente, reçut un coup sur la région de la rate. Ce viscère se tuméfia et le malade éprouva de véritables accès de fièvre intermittente. Le sulfate de quinine a interrompu la fièvre, la rate a diminué de volume, et cet homme est sorti de l'hôpital pour reprendre ses occupations.

Il était naturel de se demander si la fièvre n'était pas dans ce cas symptômatique d'une phlegmasie de la rate.

Un autre cas équivoque de fièvre intermittente est relatif à un homme couché au n° 38 de la salle Sainte Madeleine. Cet homme était couché depuis un mois environ dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, et présentait des accès de fièvre intermittente quotidienne. On lui donna le sulfate de quinine à très-petites doses. On commença par deux grains, et on arriva successivement à quatre, six et huit. La fièvre résista. M. Chomel blâme le mode d'administration du sulfate de quinine. L'économie s'habitue en quelque sorte au fébrifuge qui, plus tard, administré à doses plus élevées, devient impuissant. Il existait en outre chez ce malade des symptômes de syphilis constitutionnelle, tels que pustules cutanées, ulcères à la gorge et alopécie. Du reste, pas de tuméfaction de la rate. Lorsque le malade passa dans la division de M. Chomel, on lui prescrivit le sulfate de quinine à haute dose. La fièvre cessa les jours suivans; mais au bout de quelques jours les accès revinrent.

Cette fois les accès, combattus par le même fébrifuge, ont complètement cédé; mais il est bon de faire remarquer que le malade est soumis à un traitement antisyphilitique, et que son état général s'est notablement amélioré depuis cette époque. Dans ce cas, la fièvre intermittente aurait-elle été symptômatique de la syphilis? On sait à combien de symptômes variés donne lieu l'affection vénérienne. Cependant, au milieu des nombreuses observations de syphilis qui ont été publiées par les auteurs, on trouverait difficilement des cas de fièvre intermittente symptômatique de cette affection. On doit toutefois tenir compte d'un pareil fait, et voir s'il ne se renouvellera pas.

Quant aux fièvres intermittentes essentielles, elles ont cédé constamment à l'emploi du fébrifuge par excellence, le sulfate de quinine. Dans plusieurs cas, un simple changement de lieu a suffi pour faire cesser la maladie. Les accès diminuant après l'admission du malade à l'hôpital, la maladie était abandonnée à elle-même, et elle cessait spontanément au bout de quelques jours. Les médecins qui ont proposé et expérimenté de nouveaux fébrifuges, n'ont pas toujours tenu compte de cette circonstance, et c'est peut-être là la seule cause de leur succès. Il est évident que si par le seul fait de la soustraction du malade à l'influence des causes qui ont donné naissance à la fièvre, celle-ci cesse spontanément dans un certain nombre de cas, tous les fébrifuges doivent réussir dans ces circonstances. Pour notre part, nous avons expérimenté la salicine cette année. Nous l'avons administrée à cinq malades, mais nous n'avons commencé l'usage du médicament qu'après avoir été témoin d'un ou de deux accès après l'admission du malade à l'hôpital, et qu'après nous être assuré que les accès ne diminuaient ni en intensité, ni en durée. Dans tous ces cas, la salicine a complètement échoué. Nous n'avons pas observé la moindre modification dans l'intensité ni la durée des accès; et les cas dont il s'agit étaient bien réellement des cas de fièvre intermittente essentielle, puisque le sulfate de quinine en a fait complètement justice. Je ne doute pas, ajoute M. Chomel, que si tous les expérimentateurs usaient des mêmes précautions dans leurs expériences, et mettaient la même sévérité dans leurs inductions, le nombre des fébrifuges, qui est de 2 ou 300, serait bientôt réduit à un seul.

Asphyxie par strangulation; soupçon de meurtre ou d'assassinat; suicide; par M. Desgranges, D.-M.-P.

Un homme fut trouvé, dans une chambre de sa maison, pendu à une corde fixée à un clou du plancher supérieur. Cet homme portait à la région antérieure et supérieure du cou une blessure profonde, et dans cette blessure passait la corde qui soutenait le corps. Une échelle était appuyée contre le mur, à côté du cadavre.

Du sang coagulé était répandu sur le carreau, devant une table de toilette, dont le tiroir avait été laissé ouvert. Des linges ensanglantés apparaissaient tout auprès.

A l'étage au-dessus, on rencontra dans le tiroir d'une autre table, contenant des paquets de petite corde, plusieurs traces dénonçant le passage d'une main rougie de sang qui serait venue y fureter. Chose à noter, les escaliers qui séparaient la chambre où a été trouvé le cadavre et la chambre dont il vient d'être parlé en dernier lieu, ne présentaient aucun vestige sanglant; le verrou de la chambre était tiré en dedans, la fenêtre fermée.

M. le procureur du roi nous manda, mon confrère M. Gergerès et moi, pour résoudre les questions suivantes:

« Quel a été le genre de mort de cette homme? Y a-t-il eu meurtre, assasinat ou suicide?

Pour arriver à la solution de ces questions, voilà comment nous dirigeâmes nos recherches.

Examen des lieux. La chambre dans laquelle on nous introduisit était située au deuxième étage, portant le n° 3, et ayant une fenêtre sur la rue. On avait apposé la veille les scellés sur cette chambre, et l'on nous apprit que le verrou qui la fermait en dedans avait été forcé par l'ordre de M. le procureur du roi, lors des premières perquisitions. Nous apprîmes aussi que le cadavre, étendu sous nos yeux, avait été détaché de sa corde au moment de cette visite de l'autorité. Cette visite remontant à vingt-quatre heures, nous jugeâmes que le corps n'était resté suspendu tout au plus que sept à huit heures.

Nous remarquâmes en entrant dans cet appartement des taches de sang très-nombreuses sur les diverses parties de la porte, sur le carreau, ainsi que sur une serviette et un mouchoir de couleur bleue.

Rien dans la situation des meubles n'annonçait qu'une lutte avait eu lieu dans cette chambre.

Non loin de la croisée principalement, et devant la table de toilette (cela a été indiqué déjà), nous vîmes une place sanglante d'un pied de diamètre environ, au centre de laquelle était un caillot volumineux. Nous évaluâmes à une livre la quantité de sang répandu dans cet endroit.

Examen du cadavre. Ce cadavre était revêtu, hormis son habit, de tous ses vêtemens ordinaires, mais tachés de sang. L'ayant fait placer sur une table et déshabiller, ayant ensuite lavé ses mains qui étaient aussi ensanglantées, nous pûmes d'une manière certaine nous assurer de ce qui va suivre.

C'était le corps d'un homme de soixante à soixante-cinq ans environ, taille ordinaire, tête chauve, et que l'on nous dit être le corps du nommé R...

L'extérieur du cadavre ne nous offrit rien à noter, et malgré le soin de la recherche, il nous fut impossible de découvrir la trace même légère de meurtrissure, d'ecchymose, ni de violence quelconque. Les mains participaient à cet état d'intégrité absolue de la surface du corps; cependant une faible cicatrice, mais de date ancienne, existait sur le dos de la main droite. Les doigts étaient contractés et les ongles bleus.

Des lividités cadavériques couvraient les parties les plus déclives, comme les reins, les fesses et le derrière du cou.

Une déjection alvine salissait la partie postérieure des cuisses, et un sillon de sang coagulé partant de la blessure du cou, descendait sur le milieu de la poitrine et du ventre, et les traversait en entier.

La figure avait une teinte légèrement violacée, les paupières étaient abaissées; la langue, d'une couleur brunâtre, dure au toucher, comme un peu raccornie, sortait de la bouche de la longueur environ d'un pouce, et les arcades dentaires la serraient fortement entre elles.

A la partie supérieure et antérieure du cou, nous apercûmes une blessure large, transversale et béante, qui du niveau à peu près de la branche montante de l'os de la mâchoire inférieure d'un côté, allait jusqu'au niveau de la branche montante du même os, du côté opposé.

Cette blessure, située à demi-pouce au-dessous du rebord du maxillaire inférieur, avait été faite incontestablement par un instrument tranchant, et semblait l'avoir été à plusieurs reprises, ainsi que l'indiquaient:

1° L'incision parfaite des lèvres de la plaie dans leur plus grande étendue;

2° Les divers petits lambeaux angulaires, qui dans quelques autres parties, pendaient sur le bord de ces lèvres;

3° De petites blessures linéaires, n'intéressant que la peau, situées au-dessus de cette large solution de continuité, étant toutes dans la même direction transversale, et pour la formation desquelles l'instrument tranchant semblait avoir été mal dirigé ou faiblement tenu.

Cette plaie, dans toute son étendue, intéressait la masse musculaire qui forme comme la cloison de la bouche intérieurement, et elle pénétrait jusque dans l'intérieur du pharynx.

Du côté droit, la corde qui servait à la suspension du corps, et qui, d'après le rapport qu'on nous en fait, était passée dans la blessure, avait déchiré et agrandi d'un pouce environ l'extrémité de cette même blessure. L'aspect tranché de la plaie, jusqu'à un certain point, et le déchirement inégal dans le reste de son étendue, nous rendit cette circonstance évidente.

Enfin, des deux extrémités de cette blessure, nous constatâmes le départ de deux sillons étroits dans lequel la peau était brunâtre, raccornie, comme brûlée; au-dessous d'eux existait une extravasation légère de sang dans le tissu cellulaire, ainsi que nous nous en assurâmes en fendant avec un bistouri cette partie.

Ces deux sillons, nés des angles opposés de la plaie, s'étendaient circulairement dans une direction de bas en haut, montaient vers l'apophyse mastoïde, et arrivaient à la partie postérieure de la tête, vers la bosse occipitale; là ces deux sillons se réunissaient. Dans tout leur trajet, ils étaient entourés des parties molles, tuméfiées et engorgées; les parties molles qui se trouvaient au-dessous d'eux l'étaient principalement.

Autopsie. Sinus de la dure-mère et vaisseaux du cerveau engorgés de sang; il n'y avait point de luxation des premières vertèbres cervicales.

L'estomac ne contenait que quelques débris d'aliment; d'ailleurs il ne nous a présenté rien qui pût élever dans notre esprit le moindre doute sur la présence d'un agent toxique.

Nous reconnûmes, en examinant la blessure du cou, déjà décrite, que de petits rameaux artériels et l'artère tyroïdienne supérieure droite avaient seuls été ouverts.

Conclusion. Par suite de tout ce qui précède, nous crûmes pouvoir déclarer à M. le procureur du roi, que le nommé R... était mort des suites d'une asphyxie par strangulation, et que ce genre de mort était l'œuvre de sa volonté forte et énergiquement arrêtée.

(*Journ. de Méd. pratique de Bordeaux.*)

N° 103. — 11 Aout.

HOTEL-DIEU.

Service de M. Sanson.

Observation d'ouverture de l'artère brachiale dans l'opération de la saignée; guérison par la compression.

Le nommé Pétiel (Vincent), âgé de quarante ans, imprimeur en caractères, se laissa tomber dans l'escalier de son domicile dans les derniers jours de décembre. Des contusions à la poitrine, au genou, au pied droit, une plaie peu étendue du cuir chevelu, furent le résultat de sa chute. Il entra à l'Hôtel-Dieu le 31 décembre.

Les douleurs qu'il éprouvait dans la poitrine, surtout dans le mouvement des côtés, la force du pouls, l'injection des capillaires de la face, la constitution robuste de l'individu, durent faire prescrire une saignée du bras. Des résolutifs furent appliqués sur tous les points contus, un bandage de corps assez serré fut maintenu jusqu'à la disparition des douleurs de la poitrine.

La saignée fut pratiquée le 1er janvier. Déjà deux piqûres avaient été faites par l'élève externe, à la veine céphalique médiane; il ne s'était écoulé que quelques gouttes de sang; on piqua la veine basilique médiane placée un peu en dehors de l'artère, dont on sentait les battemens. Cette veine était très-superficielle, assez volumineuse et très-distendue. Aussitôt après la piqûre, le sang jaillit avec violence et couvrit le lit, les assistans et l'opérateur. Le jet fut facilement dirigé vers le vase destiné à recevoir le sang; il était vif, fort, évidemment saccadé. Le liquide était rouge, rutilant, spumeux.

Ces caractères du jet de sang suffisaient sans doute pour reconnaître l'ouverture de l'artère, on voulut s'en assurer. On comprima la veine au-dessous de la piqûre, le jet diminua de volume sans diminuer de force; la nature du sang paraissait la même. On fit la contre-

épreuve; on comprima l'artère brachiale entre le point qu'on supposait ouvert et le cœur. Le jet diminua de volume; il n'était plus saccadé, mais se faisait par une arcade soutenue : surtout il avait diminué de force et d'étendue. La nature du sang n'était plus la même; il était noir, moins spumeux..... il avait pris les caractères du sang veineux.

Après avoir fait cette épreuve deux fois et obtenu les mêmes résultats, on dut agir comme si l'artère était ouverte. On appliqua un tampon sur la piqûre de la saignée; on exerça une compression assez forte pour que les battemens de l'artère radiale fussent à peine perceptibles; on plaça une compresse pliée en plusieurs doubles sur le trajet de l'artère brachiale, et on recouvrit tout le membre d'un bandage roulé méthodiquement appliqué.

Cet appareil, levé au bout de deux jours, réappliqué successivement le 8 et le 13, fut supprimé tout-à-fait le 18. On l'avait tenu continuellement arrosé avec de l'eau fraîche.

Il n'est point survenu d'autre accident que de la démangeaison, des boutons, un léger empâtement de l'avant-bras, suites nécessaires d'un bandage compressif long-temps maintenu, et qui n'ont pas tardé à disparaître.

Le malade n'a du reconnaître aucune différence entre le bras sur lequel la saignée avait été pratiquée et celui du côté opposé; il est resté à l'hôpital jusqu'au 10 février, sans qu'aucun changement soit arrivé dans l'état du membre.

L'ayant vu plusieurs fois depuis revenir à la consultation comme il lui avait été expressement recommandé, je n'ai jamais pu reconnaître aucun signe persistant de la lésion artérielle; les apparences physiques et l'action physiologique des deux bras sont identiques.

Caffe, D.-M.-P.,
Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Service de M. Moulinié, chirurgien en chef.

Rétraction de l'aponévrose plantaire, guérie par l'opération

Henri Labbé, commis négociant de Cognac, âgé de vingt-six ans, était entré à l'hôpital le 17 avril, pour des douleurs dans les articulations, notamment dans celles des genoux. Tous les symptômes observés faisaient connaître le rhumatisme aigu, et un traitement rationnel essentiellement fondé sur la médecine physiologique, fut employé.

Les articulations malades reprirent leur état normal; il ne restait plus que des éphélides immenses, brunâtres, résultant des applications de vésicatoires autour des genoux.

Cependant le malade ne peut quitter le lit ni s'exercer à la marche; une douleur violente se fait sentir à la plante du pied droit, et c'est en vain que des émolliens, que des narcotiques, que des évacuations sanguines, sont dirigés contre cette douleur.

Le malade est guéri du rhumatisme général; mais il reste dans ce seul point un mal opiniâtre, qui, loin de céder aux remèdes, prend plus d'intensité.

Chaque jour on voit que la voûte que forme la plante du pied est plus prononcée, et que le pied est plus arqué; une bande dure, saillante, est tendue du talon aux orteils. Il est aisé de reconnaître qu'elle dépend d'une disposition qu'acquiert l'aponévrose plantaire. Les orteils se portent de plus en plus graduellement vers le sol. Tous les efforts que fait le malade pour redresser son pied et pour marcher, sont sans résultat et sont douloureux. Il voit sans cesse son mal s'accroître et son âge, sa profession, lui rendent de plus en plus sa position insoutenable. Il réclame les plus sûres ressources de l'art.

M. Moulinié présente les avantages qu'offre la section de l'aponévrose plantaire: mais il considère les inconvéniens qui peuvent se rattacher à cette opération. Après avoir établi un parallèle entre les uns et les autres, il propose l'opération, que le malade accepte avec empressement.

Le 21 juillet, cette opération est exécutée de la manière suivante :

Le malade, couché sur le ventre et maintenu, une incision est pratiquée d'arrière en avant dans les deux tiers de la longueur de la plante du pied; deux incisions transversales donnent à la plaie la forme cruciale; les quatre angles sont disséqués et soulevés, et l'aponévrose plantaire, à son brillant et à sa résistance est reconnue.

Alors un bistouri est plongé vers le côté externe de la plante du pied, son tranchant dirigé en haut. Il est glissé sous l'aponévrose jusqu'à son bord interne, n'étant enfoncé que de l'épaisseur reconnue de cette membrane, afin d'éviter autant que possible la lésion des parties sous-jacentes. Lorsque la pointe du bistouri a fait saillie au bord interne du pied, cet instrument, poussé en dedans et en haut, divise d'un seul trait le plan fibreux, et l'opération est ainsi terminée.

La résignation, la confiance, le désir de guérir, ont anéanti chez le malade l'expression de la douleur : on n'a pas entendu un soupir, chose d'ailleurs commune dans nos opérations.

Les douleurs habituellement ressenties ont immédiatement cessé.

Un pansement simple a suffi pour amener une cicatrisation rapide. Le malade a pu, après l'opération, appliquer la plante du pied sur le sol et marcher.

Après quinze jours de soins, il est sorti de l'hôpital pour reprendre sa profession de commis voyageur.

(*Bull. méd. de Bord*).

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

CAHIER DE JUILLET 1835.

HYGIENE.

De l'influence que peuvent avoir sur la santé les émanations provenant de la fonte et des préparations diverses que l'on fait subir au bitume asphaltique.

Rapport fait au tribunal de première instance du département de la Seine, par M. Parent-Duchatelet.

Madame veuve Courtois, propriétaire d'une maison sise faubourg Saint-Denis n° 90, a loué un grand emplacement à un particulier, pour y établir des ateliers de menuiserie; celui-ci a cédé une partie de son local à un fabricant de terrasses qui s'y est installé, et qui y fond du *bitume asphaltique*, dont il fait un grand usage pour la confection de ses travaux.

Les émanations que fournissent la fonte et la préparation de ce bitume, ont fait naître des plaintes de tous les locataires de la maison dans laquelle il se prépare, et même de quelques habitans des maisons voisines; tous ont déclaré que ces émanations pénétraient la nuit dans leurs appartemens lors même que les fenêtres en étaient fermées: tous ont dit qu'elles leur étaient insupportables; plusieurs ont assuré qu'elles altéraient d'une manière notable leur santé, quelques-uns même leur ont adressé le reproche d'avoir causé des maladies graves, et même la mort de quelques individus.

Chargé, par M. le président du tribunal civil de première instance du département de la Seine, d'éclairer sur ce point la conscience des magistrats, nous nous sommes plusieurs fois transporté sur les lieux, nous avons fait fondre du bitume devant nous et en présence des parties, nous avons visité tous les plaignans, nous avons pris dans d'autres fabriques des renseignemens nombreux, nous avons questionné les savans et les artistes qui, d'une manière ou d'une autre, se sont occupés du bitume et de ses préparations; en un mot, nous n'avons rien négligé pour fournir à la justice les lumières dont elle avait besoin, et répondre, de cette manière, à la confiance dont elle nous a honoré.

Nous partagerons ce rapport en quatre parties.

Nous placerons dans la première, quelques considérations générales sur le bitume; nous croyons ces considérations utiles pour l'intelligence de l'affaire, et pour apprécier l'importance de la préparation qui fait le sujet de la plainte.

Dans la seconde, nous examinerons l'affaire sous le rapport de l'insalubrité.

Dans la troisième, nous l'étudierons sous le rapport de l'incommodité.

La quatrième et dernière contiendra la déduction des faits exposés dans les trois précédentes, ainsi que les conclusions que nous croirons devoir en tirer.

PREMIERE PARTIE.

Considérations générales sur le bitume asphaltique.

Le bitume dont il est ici question, est une substance minérale, provenant probablement de la décomposition de substances organiques, et dont l'origine peut, jusqu'à un certain point, être assimilée à celle des lignites et des charbons de terre.

Les anciens peuples connaissaient cette substance et en faisaient un emploi considérable; les Egyptiens s'en servaient pour la préparation de leurs momies et pour rendre imperméables à l'eau certains tissus d'osier. Les briques employées à la construction des murs de Babylone étaient réunies entre elles par du bitume, qui paraît se trouver en très-grande abondance sur différens points du plateau de l'Asie. On sait qu'un de ses principes, l'asphalte, se recueille à la surface d'un lac de la Judée, désigné, pour cette raison même, par les géographes, sous le nom de lac Asphaltique; l'huile de pétrole, dont on s'éclaire dans plusieurs provinces de la Perse, qui y découle de certains rochers, ou qu'on extrait même de quelques puits, ne diffère pas sensiblement de cette asphalte, ou n'en est qu'un des élémens.

On a trouvé des gisemens de ce bitume et de cette asphalte liquide, sur plusieurs points de la Sicile, de l'Italie, de la Suisse et de l'Allemagne; dans quelques coins de ce dernier pays, il a été employé comme combustible; en Sicile, on s'en sert pour couvrir des terrasses; enfin, la ville de Gênes a été éclairée pendant quelque temps, au moyen d'huile de pétrole ou asphalte liquide, extraite d'un puits qui se trouve dans le duché de Parme.

Si l'on connaissait en France quelques gisemens de

bitume, ils n'étaient pas exploités; ce ne fut qu'en 1816, que l'on commença à tirer parti de la mine de Saissel, située près du Rhône, dans le département de l'Ain; on ne tarda pas à en découvrir d'autres auprès de Dax et de Béziers; on en a signalé plusieurs dans le département du Bas-Rhin, et sur plusieurs autres points de notre territoire; enfin, *les puits de poix*, connus depuis long-temps en Auvergne, fixèrent de nouveau l'attention des géologues et des industriels; nous pouvons donc nous considérer aujourd'hui, comme possesseurs de mines plus que suffisantes, pour les besoins de nos arts et de notre industrie.

Lorsque le bitume fut connu chez nous et lorsqu'on put s'en procurer facilement des quantités notables, il devint l'objet d'un véritable engouement; on voulut l'appliquer à tout; et comme on savait que le grand bassin du Jardin-des-Plantes avait été construit en 1743, en bitume étranger, et que dès 1740, la marine française s'en était servie avec avantage pour le *goudronnage* des vaisseaux, deux Anglais se hâtèrent d'acheter la mine, qui était unique à cette époque, et pendant quelque temps, ces étrangers eurent en leurs mains le monopole de cette substance; peut-être sommes-nous redevables, à cette circonstance, de la découverte des autres mines que nous possédons aujourd'hui, et qui, se trouvant disséminées sur tous les points de notre territoire, rendent à jamais le monopole impossible.

A l'engouement dont nous avons parlé plus haut, succéda un abandon, pour ainsi dire, général; comme le bitume ne réussissait pas dans quelques emplois pour lesquels on l'avait vanté, on dit qu'il n'était bon à rien et qu'il fallait le rejeter des constructions; plus tard, on reconnut que s'il n'était pas propre à tout, il était parfait dans quelques circonstances; en limitant son usage, on en perfectionna l'emploi d'une manière notable; on vit que si, dans notre climat, il n'était pas bon pour les toitures soumises aux variations atmosphériques, il était parfait dans les caves, dans les passages, dans les souterrains, et dans tous les lieux humides; en un mot, on le considéra comme la meilleure substance pour préserver, dans quelques circonstances, de l'humidité; on en fit des applications immenses, *et tout prouve qu'il va devenir avant peu, un élément très-important, dans un grand nombre de constructions.* Sous ce rapport, les lieux où on le prépare méritent une attention sérieuse de la part de l'autorité.

Sans entrer dans l'énumération de tous les lieux où le bitume a été employé depuis fort peu de temps, il nous suffira de dire, pour donner une idée de sa consommation.

1° Qu'on a couvert 77 berceaux de caves de la partie de l'Entrepôt des vins qui longe la rue Saint-Victor, ce qui en a consommé plus de cent quatre-vingt-douze mille kilogrammes;

2° Que toutes les casemates nouvellement construites dans le fort de Vincennes, ont reçu une couche de cette substance dont la consommation, pour ce seul emploi, a été de près de cent mille kilogrammes;

3° Enfin, que M. Polonceau, vient d'en employer 51 mille kilogrammes, pour remplir l'intervalle qui se trouve entre la fonte et le bois qui composent les voussoirs du beau pont que cet habile ingénieur vient de construire sur la Seine, vis-à-vis le Carrousel: nous insistons sur cet exemple, parce que tout Paris a pu voir fondre et appliquer ce bitume, depuis le 15 juillet jusqu'au 20 août de l'année dernière, 1834.

Des essais, tentés par M. Polonceau, porteraient à penser que l'on peut employer le bitume à la confection des grandes routes, et de cette manière, économiser des masses énormes de matériaux; il ne s'agirait plus dans ce cas, que de couvrir le sol d'une couche de sept à huit centimètres d'épaisseur, pour le mettre en état de supporter en tout temps, et sans se rompre, les fardeaux les plus lourds; une expérience en grand sur ce nouveau mode de construction des routes, se fait dans ce moment; si elle réussit et si on en obtient de l'avantage, elle peut donner à l'emploi du bitume une extension illimitée; nouvelle raison pour engager l'autorité à surveiller les lieux où on lui fait subir quelques préparations.

Nous venons d'indiquer les sources d'où s'extrait le bitume, et de faire connaître les principaux usages auxquels il peut être appliqué; avant de passer à d'autres considérations, nous devons nous arrêter à une autre de ces sources, tout-à-fait artificielle, immense dans ses produits, et dont l'examen se rattache, d'une manière directe, à la solution de la question qui nous est soumise par le tribunal.

En soumettant à la distillation, dans des appareils convenables, la houille dont on extrait le gaz destiné à l'éclairage, on obtient avec ce gaz, un principe particulier, qui se rapproche, sous une foule de rapports, du bitume asphaltique, s'il n'est pas lui-même ce bitume; mais mélangé à quelques principes que ne contient pas le bitume naturel; on trouve en effet dans l'une et l'autre de ces substances une huile essentielle concrète, appelée *naphtaline* par les chimistes modernes, une huile essentielle liquide, nommée *pyrelaine* par les mêmes chimistes, un principe particulier non encore nommé, extrêmement odorant et qui se volatilise sous forme de vapeurs d'un jaune rougeâtre; enfin, du charbon remarquable par sa dureté et surtout par son brillant véritablement éclatant. Ces parties volatiles entrent pour un dixième dans le bitume naturel.

On pense bien que notre industrie n'a pas été long-temps sans s'exercer sur ce produit artificiel, que nos usines à gaz fournissent dans une proportion telle qu'il devient à l'époque actuelle véritablement embarrassant. Un négociant, M. Briantais, qui s'en est rendu l'adjudicataire général, le dépose dans d'immenses fosses creusées en pleine terre, sur le terrain qui lui appartient aux Thermes près Paris; il en brûle une portion dans des appareils particuliers pour la convertir en noir de fumée, il en solidifie une autre par un mélange de craie et d'argile, et ne sachant que faire du reste il le

laisse séjourner dans les fosses en attendant qu'un usage plus général de cette matière lui permette d'en tirer quelque parti. Les observations que nous avons faites, soit dans l'usine de M. Briantais, soit dans les lieux qui l'entourent, nous seront d'un grand secours pour résoudre la question soumise à notre examen.

Cet exposé succinct et dégagé de toute théorie scientifique, suffira, nous n'en doutons pas, à messieurs les magistrats, pour leur faire connaître la fabrication qui a donné lieu aux plaintes sur lesquelles ils ont à statuer : ils sauront qu'il s'agit d'une industrie, qui d'un moment à l'autre peut prendre chez nous une très-grande extension ; que cette industrie consiste à épaissir et à solidifier avec de la craie une substance naturellement pateuse et fluide ; qu'il faut pour cela ramollir cette substance dans de grandes chaudières, et que dans cette opération il se dégage des vapeurs composées elles-mêmes de principes volatils, très-odorans, qui pénètrent partout, et qui probablement, plus pesans que l'atmosphère, ne sont pas disséminés aussi facilement que beaucoup d'autres vapeurs dans la masse d'air environnante.

Nous venons d'étudier le bitume sous le rapport industriel, considérons-le maintenant sous le rapport de la salubrité.

— —

SECONDE PARTIE.

Les principes qui se dégagent du bitume dans les préparations diverses qu'on lui fait subir, peuvent-ils nuire par eux-mêmes et d'une manière directe à la santé?

Si l'on en croit les plaignans, les émanations que fournit cette substance, lorsqu'on la chauffe, auraient sur la santé les influences les plus funestes ; elles pourraient déterminer des maladies et même dans quelques circonstances occasioner la mort ; ces accusations sont graves, examinons-les avec attention.

Lorsqu'une substance fournit des principes véritablement nuisibles à l'économie animale, lorsque les préparations chimiques ou manufacturières qu'on lui fait subir développent ces principes, leur action est toujours la même et les maladies qui en résultent se présentent sous des formes qui ne varient guère, et que l'observation la plus grossière suffit pour faire reconnaître ; c'est ainsi que les accidens occasionés par le plomb, par le mercure, par l'arsenic, par les différens gaz, etc., etc., ne sont pas seulement décrits dans les livres de médecine ; on les retrouve en effet, dans tous les auteurs qui ont écrit sur ces substances, quelle que soit la manière dont ils les aient envisagés, et quelle que soit l'époque à laquelle il aient vécu.

Rien de semblable ne peut être appliqué au bitume ; si les personnes qui se plaignent de ses émanations l'accusent d'être nuisible à leur santé, ce n'est pas une maladie particulière que ces personnes lui reprochent de produire, mais bien toutes les maladies dont se compose le cadre des infirmités humaines, et qu'on observe dans tous les temps et dans tous les pays. Les auteurs qui ont écrit sur le bitume parlent tous de sa *fétidité*, mais ils se taisent sur l'action fâcheuse qu'il aurait pu avoir tant sur eux-mêmes, que sur les nombreux ouvriers qui travaillent sous leurs yeux et sous leur direction : première preuve en faveur de l'opinion qui considérait les émanations asphaltiques comme n'ayant pas d'action fâcheuse sur l'économie animale.

Nous avons dit précédemment que le bitume s'employait comme combustible dans quelques contrées de l'Allemagne, et qu'une espèce, fournie à l'état liquide par un puits du duché de Parme, avait servi à éclairer la ville de Gênes. Qu'on se figure l'odeur que cette substance employée de cette manière, doit répandre et dans les rues et dans les habitations ; l'appliquerait-on à ces différens usages, si l'on avait reconnu que la santé s'altérait sous de pareilles influences ?

Sans aller chercher nos exemples dans les pays étrangers, voyons ce qui s'est passé dans notre ville et sous nos yeux, il n'y a pas bien long-temps, et ce que nous pouvons encore y constater tous les jours.

L'hôpital Saint-Louis, consacré à douze cents malades, possède pour son usage, un appareil d'éclairage, et son gaz est tiré de la houille ; comme on ne savait pas, dans le principe, comment se débarrasser du bitume provenant de la distillation, on imagina de le mêler aux *escarbilles* ou charbons incomplètement brûlés provenant du foyer, et d'en faire des espèces de mottes, qu'on introduisait de nouveau dans le fourneau et qui servaient de combustible ; cet emploi et ce mode de destruction du bitume furent continués pendant trois mois, malgré les émanations infectes qu'ils répandaient dans les cours et jusque dans les salles des malades ; si on y renonça, *ce ne fut pas à cause des inconvéniens que les médecins auraient observés sur les malades confiés à leurs soins, ou par suite des plaintes de ces mêmes malades ;* mais parce que le noir de fumée, produit par le bitume, encrassant la paroi extérieure des cornues, empêchait le calorique de les pénétrer et donnait lieu par là à une plus grande consommation de combustible ; nous avons visité plusieurs fois l'hôpital Saint-Louis à l'époque où l'on y brûlait le bitume, et c'est comme témoin que nous parlons ici.

Pénétrons dans les ateliers où se fondent et se préparent les différentes espèces de bitume, et voyons ce qui s'y passe.

Nous avons visité un grand nombre de fois, la fabrique que M. Payen a possédée pendant plusieurs années dans la commune de Grenelle et nous y avons constaté que les 25 ou 30 ouvriers qu'il employait à la préparation et aux applications du bitume, avaient une santé aussi bonne que les autres.

Nous avons été envoyé plusieurs fois par l'autorité dans l'établissement de M. Briantais, qui, comme nous l'avons dit, prépare aux Thermes tout le bitume provenant de nos usines à gaz, et nous y avons fait des observations analogues sur les vingt ouvriers qui s'y trouvent.

Comme rien n'égale la puanteur, et si l'on peut se servir de cette expression *la densité* des vapeurs *asphaltiques* qui sortent de cette fabrique et qu'elle projette à une assez grande distance, elle devenait pour nous une source d'instruction que nous ne devions pas négliger; pénétrant donc dans les habitations les plus proches, y questionnant et y examinant tous ceux qui y demeuraient, nous avons acquis la conviction, que si les émanations soumises à nos recherches, dépassent en désagrément la plupart des odeurs connues, elles n'apportent pas dans la santé de ceux qui vivent habituellement dans leur atmosphère, une altération, que l'observation médicale la plus attentive puisse apercevoir.

Nous avons trouvé, il est vrai, au milieu d'une foule de gens bien portans, quelques individus valétudinaires, mais où n'en trouve-t-on pas? Par quel privilège cette population serait-elle soustraite aux lois de la nature? Si ces êtres valétudinaires et infirmes accusent les émanations qui frappent leurs sens d'une manière désagréable; s'ils regardent ces émanations comme la cause de leurs maux, c'est qu'ils appartiennent à l'espèce humaine qui veut tout expliquer, qui rougit d'avouer son ignorance, et qui ne pouvant saisir la cause première des maladies, qui échappe aux plus habiles médecins, accuse, dans sa colère, tout ce qui a pu l'affecter d'une manière pénible et insolite.

L'homme instruit et qui ne cherche que la vérité, observe et compare : il tient compte des exagérations qui sont particulières à ceux qui souffrent et qu'on doit leur pardonner, et s'il résulte de son observation que la mortalité n'est pas plus grande dans un lieu que dans un autre, que le nombre des malades s'y trouve dans la même proportion, que les maladies sont de même nature et ne diffèrent en rien de celles qu'on rencontre partout, il en conclut que c'est à tort qu'on accuse des émanations, repoussantes, il est vrai, mais dont l'insalubrité, si toutefois elles en ont, est loin de se trouver en rapport avec les désagrémens qu'elles procurent.

Ce que nous avons reconnu dans cette enquête, faite autour de la fabrique de M. Briantais, nous l'avons constaté de nouveau en visitant les habitans de la maison du faubourg Saint-Denis dans laquelle se font les opérations contre lesquelles s'élèvent aujourd'hui tant de réclamations. Ce point de notre expertise est capital et nous y insistons.

Parmi les prétendues victimes des émanations du bitume, on nous a présenté le fils de M. Caillete, enfant de 5 à 6 ans; cet enfant en effet est malade et très-gravement malade; mais quelle est sa maladie? cette maladie n'est pas autre chose qu'une hydrocéphale, *datant certainement de trois à quatre ans*, si toutefois elle n'est pas congéniale. Une affection de cette nature se rencontre partout, elle vient par hasard et l'on ne saurait, dans la plupart des cas, en reconnaître la cause.

Suivant les plaignans un autre locataire de la même maison aurait eu une maladie grave que le médecin habituel de la personne assure avoir été produite par les vapeurs du bitume. Quelle a été cette maladie? nous l'ignorons : ce qui est certain c'est que'lle n'existe plus, puisque la personne, lors de notre visite, était absente et vaquait à ses affaires. Quand une maladie se guérit sous l'influence des causes qui, dit-on, l'ont fait naître; quand une fois guérie elle ne se renouvelle pas malgré la persistance de cette cause prétendue agissante, nous croirions manquer aux règles du bon sens en accusant un état de choses qui a bien coïncidé avec le développement de la maladie, mais dont nous ne saurions prouver l'action immédiate.

Enfin la femme Delaporte, qui est morte l'été dernier à la campagne, a succombé, au dire de son mari, à une phthisie pulmonaire dont l'origine remontait à onze mois. Quel est le lieu où ne se développe pas cette terrible maladie qui, dans nos climats, emporte, peut-être à elle seule, le tiers de la population? Attribuer au bitume la mort de cette femme, c'est aller trop loin, et nuire à sa cause bien loin de la servir.

Nous avons parlé dans le chapitre précédent, des travaux exécutés avec le bitume à l'Entrepôt des vins, dans le château de Vincennes, et au pont du Carrousel; écoutons ce que vont nous dire les savans qui ont présidé à ces travaux; et qui ont surveillé les ouvriers chargés de les exécuter. Nous rapporterons textuellement les réponses qu'ils ont faites à nos questions.

Suivant M. Gauché, architecte de la Halle-aux-vins, les travaux avec le bitume, commencés, dans ce monument en 1822, n'ont été terminés qu'en 1833; dans toutes les circonstances où M. Gauché a fait usage de cette substance, ni lui, ni les ouvriers bitumiers, ni les maçons et manœuvres qui recevaient sans cesse les émanations asphaltiques, n'en ont été incommodés.

M. Coignet, capitaine en chef du génie à Vincennes, a employé dans cette forteresse, et cela dans l'espace de trois mois, plus de cent mille kilogrammes de bitume, identique à celui qui se prépare dans la maison du faubourg Saint-Denis; les vapeurs de cette substance pénétraient partout; elles formaient une atmosphère qui remplissait habituellement les cours, les casernes, et les autres habitations; mais ces vapeurs n'ont été nuisibles ni aux soldats de la garnison, ni aux ouvriers employés sous les ordres de M. Coignet, ni aux nombreux maçons, tailleurs de pierre, et manœuvres occupés à côtés de bitumiers et souvent dans les mêmes chambres.

Nous ajouterons à ces précieux renseignemens; que madame Coignet, malgré son extrême délicatesse, n'a pas été incommodée de l'odeur du bitume qui était en permanence dans son appartement, sous les fenêtres duquel les fourneaux de fusion restèrent en permanence pendant assez long-temps, et que ses deux enfans, qui ne l'ont pas quittée, ont acquis, pendant l'été dernier, une force et une santé qu'ils n'avaient pas auparavant; preuve, suivant nous, convaincante, que si les vapeurs asphaltiques ne parfument pas l'air d'une manière agréable, elles n'ôtent pas à cet air la faculté d'entretenir la vie et la santé et ne lui enlèvent par les propriétés bienfaisantes qu'il peut tenir de quelques circonstances

locales, comme cela se remarque en beaucoup d'endroits, et en particulier à Vincennes, suivant l'opinion générale des habitans de ce village, qu'on trouve désigné, dans nos chartres anciennes, sous le nom de *Vicus-Sauus.*

Enfin tous les habitans de Paris n'ont-ils pas vu, pendant six semaines, sur le Pont-du-Carrousel, les grandes chaudières où furent fondus et mélangés les cinquante mille kilogrammes de bitume minéral et de bitume provenant du gaz, qui ont été employés dans la confection de cet admirable monument; c'est au dessous des charpentiers et à côté des forgerons et serruriers que se fondaient ces matières; les vapeurs qu'elles fournissaient sortaient en abondance et arrivaient jusque sur les quais; les ouvriers, réunis en grand nombre sur un même point, ne pouvaient pas s'y soustraire, mais aucun ne s'est retiré, aucun ne s'est plaint, c'est M. Polonceau qui nous l'a assuré et qui, au besoin le certifierait par écrit.

TROISIEME PARTIE.

Les principes qui se dégagent du bitume sont-ils desagréables? ce désagrément est-il porté au point de nuire à une propriété bâtie en en chassant les locataires.

L'odeur que répandent les vapeurs asphaltiques est d'une nature particulière et qui n'appartient qu'à cette substance; elle est désagréable pour tout le monde et insupportable pour quelques personnes; ce désagrément, comme on le conçoit, varie en raison de la quantité qui se trouve mélangée à l'air qu'on respire; lorsque l'air est saturé de ces vapeurs, ce qui a lieu à côté des vases où on fond le bitume ou auprès des fers rouges à l'aide desquels on le soude, il détermine une ardeur pénible à la gorge, il excite la toux, et gêne la respiration; si la fonte ou cette soudure s'opère dans un endroit très-petit et parfaitement clos, comme par exemple dans une citerne, les vapeurs causent presque toujours un mal de tête plus ou moins intense, mais qui se dissipe aisément, et en fort peu de temps, par la seule inspiration du grand air.

Tous ces accidens, si toutefois ont peut leur donner ce nom, se remarquent très-bien dans la fabrique de M. Briantais, lorsqu'on se tient sous le vent, au moment où les ouvriers mettent le feu aux bassines dans lesquelles on brûle le bitume destiné à la confection du noir de fumée; on se trouve alors dans un véritable nuage, extrêmement épais, qui obscurcit en quelque sorte l'atmosphère, et qui ne s'élève guère que de trois à quatre mètres au-dessus de la surface du sol; en s'éloignant de quinze à vingt pas, la toux, le mal de gorge et l'oppression n'ont plus lieu, on n'a plus que le désagrément de la mauvaise odeur.

Un des principaux caractères de cette odeur est de pénétrer partout, et de s'insinuer, non-seulement dans les appartemens fermés, mais encore dans les armoires: elle s'attache aux vêtemens, mais elle les abandonne aisément par la simple exposition au grand air; une blanchisseuse des Thermes, qui faisait sécher son linge à une distance trop rapprochée de M. Briantais, s'est vue sur le point de perdre toutes ses pratiques, parce que le linge qu'elle leur rapportait, était pénétré de l'odeur de bitume qui le rendait insupportable; toutes les maisons qui se trouvent sous l'influence trop immédiate de cette fabrique de M. Briantais, ont perdu le tiers, et peut-être la moitié de leur valeur; plusieurs destinées à des bourgeois, restent inoccupées; s'il n'en est pas tout-à-fait de même de quelques baraques consacrées à des ouvriers, cela tient au bas prix des loyers qu'on en exige, et à ce que cette population moins délicate et moins recherchée que celle de Paris, passe par dessus des inconvéniens qui arrêtent cette dernière.

Quoique les préparations de bitume qui se font aujourd'hui dans la maison du faubourg Saint-Denis, n'égalent peut-être pas en inconvéniens, la centième partie de ceux que présente la fabrique des Thermes, on ne peut nier qu'elles ne procurent de graves désagrémens aux habitans de cette maison et à ceux des maisons voisines, ce qui tient d'une part, à la mauvaise disposition de tout ce qui constitue la fonderie, et de l'autre à la localité, qui, sous tous les rapports, est des plus mal choisie.

Chargé, l'année dernière, avec notre collègue Gaultier de Claubry, d'examiner les plaintes adressées au préfet de police contre une fonderie de même nature, qui s'était établie, sans autorisation, dans la rue du faubourg Poissonnière, nous n'avons pas hésité un instant à déclarer que les plaintes des voisins étaient fondées, et que la fonderie devait être transportée loin des habitations, ce qui fut exécuté.

Comme il est difficile de rendre par des mots ce qu'est une odeur, et surtout de bien faire comprendre l'impression qu'elle détermine sur les sens, nous emploierons quelques comparaisons qui permettront à messieurs les magistrats d'apprécier le tort que peuvent faire aux locations de madame veuve Courtois, les vapeurs asphaltiques, que projette en permanence dans sa maison, la fonderie établie par son locataire.

Nous comparerons donc ces vapeurs, toujours envisagées sous le rapport du désagrément seulement:

1° Aux fumées qui proviennent des côtes de tabac, lorsqu'on les brûle en masses énormes, comme cela a lieu dans la fabrique du Gros-Caillou ou dans celle de M. Payen, lorsque ce manufacturier était chargé d'exécuter cette opération;

2° Aux émanations que répandent dans une cour, l'ouverture d'une fosse d'aisance, ou la présence de vieux matériaux provenant de la démolition de ces fosses;

3° A l'odeur que produirait dans une maison, la fonte continuelle de graisses rances et anciennes, la présence d'un nombre considérable de lampions allumés, et entretenus avec cette graisse, ce qui dépasse en infection la fonte du suif brut si désagréable par elle-même;

4° Enfin, et cette dernière comparaison est, suivant nous, la plus exacte, nous assimilerons les vapeurs asphaltiques, pour le désagrément qu'elles procurent, à la fumée provenant de la corne brûlée. Qui de nous n'a pas eu occasion de passer à côté d'un maréchal ferrant, au moment où il applique un fer rouge sur le sabot d'un cheval? Supposons que cette application soit continuelle, que la fumée de corne brûlée se reproduise en quelque sorte d'une manière permanente, que cette fumée se répande dans une cour et par les fenêtres qui donnent sur cette cour dans tous les appartemens, on se fera une idée de l'état de l'air qu'on y respirera et des désagrémens qui seront inséparables d'un pareil ordre de choses.

Malgré la conviction où nous sommes que l'odeur particulière au bitume asphaltique n'est pas malfaisante; malgré l'usage que nous en avons fait nous-même un grand nombre de fois; malgré l'habitude que nous avons contractée de les respirer, nous n'hésitons pas un instant à déclarer *qu'il nous faudrait des motifs graves pour rester habituellement dans une maison où l'on fondrait souvent de notables quantités de cette substance, et à bien plus forte raison si cette fonte s'y faisait d'une manière en quelque sorte permanente.*

Nous croyons devoir ajouter que les vapeurs du bitume peuvent nuire, mais d'une manière indirecte, aux personnes délicates et nerveuses et même à quelques malades; elles agissent dans ce cas, non par un principe délétère qui leur est propre, mais par une action analogue à celle que déterminent une foule d'autres corps odorans, parmi lesquels se trouvent même les plus agréables, tels que la rose, le lys, la violette, le safran, le seringat, l'ambre, le musc, etc., etc., lorsque les particules volatiles et odorantes de ces corps se trouvant trop rapprochées, l'air en est en quelque sorte saturé; ce sont là des faits vulgaires et que la plus grossière observation permet tous les jours de constater. Les détails dans lesquels nous pourrions entrer sur cette action fâcheuse, que les odeurs les plus suaves ont dans quelques circonstances, nous feraient sortir du sujet dans lequel nous devons nous renfermer dans ce rapport.

QUATRIEME PARTIE.

Résumé général et conclusions.

Le bitume minéral ou asphaltique est une substance assez commune; connue de anciens et employée par eux dans un grand nombre des constructions, ce n'est que depuis peu de temps qu'on en fait usage en France, mais cet usage tend de jour en jour à s'accroître et sous ce rapport les lieux où on le prépare méritent d'être surveillés par l'administration.

La distillation du charbon de terre pour en extraire le gaz hydrogène, nouvelle industrie qui doit aussi s'accroître et se perfectionner, fournit une substance qui, sous une foule de rapports, se rapproche du bitume minéral, qui en a les principales propriétés, que l'on emploie aux mêmes usages, et que, dans l'intérêt général, l'administration doit surveiller dans toutes les préparations qu'on lui fait subir.

Ces deux produits, l'un naturel et l'autre artificiel, soumis à l'action du feu, répandent une odeur à-peu-près analogue; cette odeur est forte, âcre et pénétrante : elle s'introduit partout, même dans les lieux fermés; elle imprègne le linge et les vêtemens, mais se dissipe aisément par la seule exposition au grand air.

Toute prouve que si ces émanations asphaltiques sont désagréables, on pourrait même dire insupportables pour quelques personnes, elles ne sont pas par elles-mêmes délétères, qu'elles ne contiennent pas de principes vénéneux, et que les gens bien portans peuvent les respirer, soit passagèrement, soit d'une manière permanente, sans que leur santé s'en trouve altérée.

Quant à ce qui regarde les malades et ceux qui sont d'une constitution nerveuse et délicate, l'odeur du bitume, répandue en très-grande quantité, peut certainement les incommoder; mais cet effet aura lieu, non par la nature du principe odorant, mais par sa force et par son intensité. Dans ce cas l'action du bitume ne différera en rien de celles que possèdent les substances les plus suaves et les plus recherchées, lorsqu'elles se trouvent en trop grande abondance dans les endroits étroits et fermés d'une manière trop exacte.

Il résulte de l'ensemble de ce rapport :

Que l'odeur du bitume, développée avec un certain degré d'intensité et d'une manière continuelle et cela dans l'intérieur d'une maison, *doit en faire fuir ceux qui ne sont pas forcés, par des raisons majeures, de demeurer dans cette maison;*

Que la présence de cette odeur, dans l'intérieur d'une maison et dans les appartemens qui la composent, *doit en écarter les personnes qui auraient l'intention de venir l'occuper et par conséquent nuire à la valeur de la propriété;*

Que ce serait peut-être le cas d'une résiliation de bail;

Enfin, qu'il en résulte pour le propriétaire d'une maison, sise dans un des quartiers les plus populeux de Paris, un véritable dommage, contre lequel il nous semble en droit de faire des réclamations.

NOTA. Quant au danger d'incendie que pourrait faire naître une fonderie de bitume, il n'est pas à redouter pour le bitume minéral. Comme ce bitume ne contient guère qu'un cinquième de matière combustible, il s'enflamme difficilement, et une fois allumé, la flamme ne s'élève pas; elle est *léchante* comme le disent les manufacturiers, et forme des ondes au-dessus de la matière qui l'alimente. Des charbons incandescens, posés sur cette substance la fondent mais ne l'enflamment pas; des fers rougis la fondent, en font sortir tous les produits, mais ne l'enflamment pas davantage, de la paille allumée jetée dessus en très-grande quantité ne

l'enflammerait qu'autant qu'elle serait fondue et amenée à une température assez élevée. Le bitume fourni par la distillation de la houille est plus susceptible de s'enflammer, à cause de sa plus grande fluidité, mais les dangers ne sont pas plus grands avec lui qu'avec l'autre.

D'après les faits et renseignemens renfermés dans ce mémoire, il est évident que les préparations du bitume doivent se faire loin des habitations et qu'elles rentrent dans la première classe des établissemens dangereux, insalubres et incommodes.

De l'influence des professions sur la durée de la vie; par le docteur H. C. Lombard.

L'influence des diverses professions sur l'accourcissement ou la prolongation de la vie, n'a jamais été étudiée sur des documens statistiques, et cependant la solution de cette question hygiénique présente un vif intérêt, puisqu'elle peut nous faire découvrir les circonstances favorables ou défavorables à la durée de l'existence.

J'ai fait quelques recherches sur ce sujet d'après les rôles de l'état civil de Genève; ils m'ont fourni l'âge de 8,488 hommes, âgés de plus de 16 ans (1), inscrits dans les registres mortuaires de 1796 à 1830, avec la désignation de la profession qu'ils avaient exercée.

Le tableau ci-joint contient la répartition de ces 8,488 individus dans chaque profession. Le nombre moyen des années qu'ils ont vécu, le nombre des morts violentes, volontaires ou accidentelles, et la durée de la vie de ces individus, en défalquant les cas de mort violente. Ces 8,488 adultes ont vécu en moyenne 55 ans, ce qui donne un terme moyen pour comparer les professions favorables avec celles qui sont défavorables à la prolongation de l'existence, et nous permet de les diviser en deux classes, celle qui est au-dessus de la moyenne de 55 ans, et celle qui est au-dessous.

PREMIÈRE CLASSE. — *Professions situées au-dessus de la moyenne, ou dont la vie moyenne est plus élevée que 55 ans.*

Avocats, apothicaires, agens de change, agens d'affaires, architectes, armuriers, balayeurs de rues, blanchisseurs, bourreliers, commissionnaires-chargeurs, couteliers, charpentiers, coupeurs de bois, confiseurs, charbonniers, cabaretiers, chamoiseurs, courtiers, charretiers, chocolatiers, culottiers, cartiers, peintres-dessinateurs, employés dans l'administration, emballeurs, épingliers, fripiers; faiseurs de bas, fondeurs, fourbisseurs, fabricans de chandelles, faiseurs de verges de montres, guillocheurs, horlogers, huissiers, hommes de loi, jaugeurs, jardiniers, lapidaires, libraires, maçons, magistrats, médecins, messagers, matelassiers, musiciens, ecclésiastiques protestans, marchands épiciers, marchands drapiers, marchands de tabac, marchands de bois, marchands de fromage, marchands divers, mouleurs au port du bois, négocians, emménageurs, notaires, orfèvres, anciens officiers, palefreniers, perruquiers, passementiers, paveurs, professeurs, portiers, porteurs d'enterrement, marchands pelletiers, maîtres d'école, rentiers, teinturiers, tourneurs, tisserands, tanneurs, teneurs de livres, terrassiers, vitriers, vermicelliers.

DEUXIÈME CLASSE. — *Professions situées au-dessous de la moyenne, ou dont la vie moyenne est moins élevée que 55 ans.*

Agriculteurs, aubergistes, bouchers, boulangers, bateliers, brossiers, barbiers, bergers, charrons, chapeliers, chirurgiens, officiers de santé, chaudronniers, cordonniers, cuisiniers, couvreurs, cochers, couverturiers, domestiques, doreurs, émailleurs, encaveurs, écrivains maîtres d'écriture, emboîteurs (de montres), faiseurs de ressorts, forgerons et maréchaux, faiseurs de limes, fonteniers, graveurs, garde-malades, hommes de lettres, indienneurs, imprimeurs, meuniers, manœuvres, menuisiers, monteurs de boîtes (de montres), mécaniciens, peintres-vernisseurs, polisseurs en métaux, porte-faix, potiers de terre, porteurs de lessives, porteurs de chaises, pâtissiers, relieurs, ramoneurs, soldats, serruriers, selliers, sculpteurs, tailleurs, tonneliers, taillandiers, tailleurs de pierres, voituriers, vignerons.

Mais il ne suffit pas d'avoir classé les professions suivant qu'elles sont situées au-dessus ou au-dessous de la moyenne, il faut encore rechercher quels sont les états qui favorisent, au plus haut degré, la prolongation de l'existence, et ceux qui paraissent, au contraire, en abréger le cours. Dans ce but, il faut éliminer tous les résultats qui ne sont pas fondés sur des nombres suffisans. J'ai choisi le chiffre de 40 décès qui m'a paru donner, à la moyenne des années vécues, une exactitude suffisante.

Le tableau suivant donne l'ordre de longévité des diverses professions comprises dans cette catégorie.

(1) J'ai choisi l'âge de seize ans, quoique à cette époque de la vie, il y ait un certain nombre de professions qui n'existent pas encore, mais comme il était nécessaire d'adopter une limite, j'ai préféré celle où la plupart des ouvriers ont déjà pu subir l'influence de la profession qu'ils exercent; car après deux ou trois ans d'apprentissage, l'influence hygiénique des différens états est certainement déjà très-marquée. Il faut seulement se rappeler qu'il y a un certain nombre de professions, surtout dans les classes aisées, que l'on n'embrasse qu'après vingt ans, même plus tard encore.

Professions classées par la longévité.

Nombre des décès.	Professions.	Vie moyenne.
71	Magistrats	69,1
275	Rentiers	65,8
52	Ecclésiastiques protestans	63,8
80	Anciens officiers	63,6
476	Négocians	62,0
67	Employés des administrations	61,9
152	Orfèvres	61,6
41	Tisserands	60,5
202	Jardiniers	60,1
47	Fondeurs	59,4
40	Huissiers	59,1
152	Marchands divers	59,0
99	Coupeurs de bois	58,8
94	Perruquiers	57,5
120	Cabaretiers	56,3
1073	Horlogers	55,3
124	Maçons	55,2
43	Tanneurs	55,2
176	Charpentiers	55,1
117	Faiseurs de ressorts	54,8
267	Agriculteurs	54,7
179	Graveurs	54,7
63	Forgerons maréchaux	54,5
41	Imprimeurs	54,3
376	Cordonniers	54,2
247	Tailleurs	54,2
97	Tonneliers	54,2
41	Chirurgiens, officiers de santé	54,0
77	Bouchers	53,0
171	Manœuvres-journaliers	52,4
48	Portefaix	52,3
370	Monteurs de boîtes de montres	52,2
125	Indienneurs	52,1
78	Voituriers	51,4
46	Ecrivains maîtres d'écriture	51,0
82	Boulangers	49,8
143	Menuisiers ébénistes	49,7
138	Joailliers bijoutiers	49,6
46	Bateliers	49,2
75	Emailleurs	48,7
62	Serruriers	47,2
65	Peintres-vernisseurs	44,3

N. B. Il faut noter que quelques-unes des professions désignées dans ce tableau présentent une vie moyenne plus élevée qu'elle ne doit l'être. Telles sont les professions de magistrat et d'ecclésiastique qui ne sont exercées que par des hommes d'un certain âge, et que l'on ne peut, par conséquent, comparer rigoureusement avec les professions qui comptent beaucoup de jeunes gens.

—

Un premier fait découle de ce tableau, c'est que la durée de la vie n'est point la même dans les diverses classes de la population; nous y voyons au premier rang, des hommes qui atteignent en moyenne leur *soixante-dixième* année, et d'autres qui ne dépassent pas la *quarante-cinquième*, c'est-à-dire que, suivant les conditions où sont placés certains individus d'une même population, leur vie pourra être alongée ou abrégée de plus d'*un tiers*. Ce fait nous paraît important à bien établir, puisqu'il montre l'influence d'une bonne ou d'une mauvaise application des lois de l'hygiène.

M. Finlaison avait cru pouvoir déduire de ses calculs que la durée était à-peu-près la même dans toutes les classes qui se font assurer, et qu'il importait peu de choisir un homme robuste ou délicat, pourvu qu'il pût économiser chaque année une certaine somme et la placer dans une compagnie d'assurances; s'il était nécessaire de combattre ce paradoxe par des chiffres, le tableau que nous venons de transcrire montrerait les variations de la durée de la vie dans les différentes classes de la population, et pourrait répondre d'une manière victorieuse au savant arithméticien que nous venons de citer. Il suffit, en effet, de jeter les yeux sur ce tableau, pour voir qu'il n'est point indifférent de choisir telle personne plutôt que telle autre pour placer sur sa tête un capital à fonds perdu, qu'ainsi, en choisissant un rentier, un magistrat, ou un ecclésiastique au lieu d'un maître d'écriture, d'un homme de lettres ou d'un chirurgien, qui tous exercent des professions aisées ou libérales, l'on augmente considérablement la chance de toucher les intérêts pendant un grand nombre d'années. Mais ce n'est point assez d'avoir établi sur des documens positifs l'influence des professions sur la durée de la vie, il faut encore rechercher les causes qui peuvent amener un pareil résultat. Malheureusement chaque ouvrier est exposé à une multitude d'influences diverses dont les unes agissent dans le même sens et dont les autres se détruisent mutuellement; en sorte que la question qui nous occupe est loin d'être sans difficulté; aussi me contenterai-je de signaler les effets qui m'ont le plus frappé, laissant à d'autres le soin de compléter mon travail à l'aide des documens qui m'ont servi de base, et que chacun peut exploiter à sa manière.

Les principales circonstances qui m'ont paru devoir être étudiées sont : *l'état d'aisance ou de misère, l'influence d'une éducation libérale, certaines circonstances qui abrègent l'existence en développant la phthisie pulmonaire*, et enfin les *accidens qui entraînent la mort de certains ouvriers*, et concourent ainsi à diminuer la durée moyenne de leur vie. L'examen de ces diverses circonstances nous permettra de résoudre quelques questions qui intéressent, au plus haut degré, l'hygiène des professions.

1° *Influence de l'aisance sur la durée de la vie.*

Il est quelques professions qui jouissent ordinairement d'un certain degré d'aisance; d'autres, au contraire, qui, par la modicité des gains ou salaires qu'elles peuvent fournir, laissent toujours les ouvriers dans un état de gêne; il est enfin un très-grand nombre de professions qui placent ordinairement ceux qui les exercent dans un état intermédiaire entre l'aisance et la misère C'est de cette circonstance que j'ai déduit une classifi-

cation des divers états en trois divisions. La première comprend les professions aisées ou libérales ; la seconde, les professions industrielles, et la troisième comprend les professions de manœuvres ou de journaliers. Il entre nécessairement un peu d'arbitraire dans cette classification, mais la connaissance pratique de la population que donne l'exercice de la médecine, m'a permis de lever les doutes qu'y aurait laissés la théorie. C'est ainsi que les porteurs d'enterremens ont été placés dans les classes industrielles plutôt que dans celles des manœuvres, vu qu'ils ont tous un état qui les occupe lorsqu'ils ne sont pas employés aux convois funèbres. Il en est de même de plusieurs professions qui ont été placées dans les classes aisées, quoiqu'elles paraissent appartenir aux professions industrielles, mais qui rentrent dans la première classe par leur état ordinaire d'aisance; tels sont les marchands drapiers, les agens d'affaires, les commissionnaires-négocians, etc. Cette explication était nécessaire pour que l'on comprît les bases qui ont servi à former les différens tableaux.

Chacune des classes qui ont été établies contient des professions où la vie moyenne est plus élevée que 55 ans, et d'autres où la vie moyenne est au-dessous de 55 ans. Cette circonstance nous fournit un terme de comparaison pour chacune des classes qui ont été établies.

§ I. *Professions dont la vie moyenne est plus élevée que 55 ans.*

Ire CLASSE. — *Professions aisées ou libérales.*

Nombre des décès.	Professions.	Vie moyenne.
12	Avocats	64,3
19	Apothicaires	64,3
12	Agens-de-change	61,5
7	Agens d'affaires	57,5
17	Commissionnaires-négocians	64,8
7	Architectes	62,1
15	Courtiers	58,4
24	Peintres-dessinateurs	57,5
67	Employés des administrations	61,9
12	Hommes de lois	59,7
7	Instituteurs	58,4
11	Libraires	55,5
71	Magistrats	69,1
18	Médecins (1)	66,4
52	Ministres protestans	63,8
21	Marchands drapiers	56,7
476	Négocians	62,0
15	Notaires	62,1
80	Anciens officiers	63,6
10	Professeurs	66,6
18	Maîtres d'école	64,4
275	Rentiers	65,8
1246	*Vie moyenne*,	62,2

2e CLASSE. — *Professions industrielles.*

Nombre des décès.	Professions.	Vie moyenne.
7	Armuriers	57,2
11	Blanchisseurs	63,5
10	Bourreliers	60,4
10	Couteliers	57,4
176	Charpentiers	55,1
28	Confiseurs	55,2
120	Cabaretiers	56,3
13	Chamoiseurs	61,2
9	Chocolatiers	73,6
12	Culottiers	63,2
7	Cartiers	57,3
7	Epingliers	65,4
17	Fripiers	56,0
38	Faiseurs de bas	69,0
47	Fondeurs	59,4
10	Fourbisseurs	55,4
11	Fabricans de chandelles	63,6
8	Faiseurs de verges de montres	56,1
14	Guillocheurs	58,2
1073	Horlogers	55,3
40	Huissiers	59,1
7	Jaugeurs	65,9
202	Jardiniers	60,1
29	Lapidaires	57,8
124	Maçons	55,2
20	Matelassiers	60,3

(1) Dans un mémoire publié par M. Casper, de Berlin, sur la durée probable de la vie des médecins, il a réuni l'époque du décès de 624 médecins et chirurgiens, et il a trouvé que sur ce nombre, un quart d'entre eux seulement sont parvenus à l'âge de 70 ans, et à peine un sur quinze à l'âge de 80 ans, et qu'enfin plus de la moitié des médecins succombent avant d'avoir atteint la cinquantaine. A Genève il n'en est point ainsi, car un tiers des médecins ou chirurgiens sont parvenus ou ont dépassé l'âge de 70 ans, un onzième a succombé après 80 ans, et les quartre cinquièmes ont vécu plus de cinquante ans. Il est probable que cette différence entre les médecins genevois et prussiens tient à un plus grand degré d'aisance chez les premiers.

M. Casper établit que dans les diverses professions qui suivent, le nombre des personnes qui ont atteint ou dépassé l'âge de 70 ans est, sur cent décès, chez les

Théologiens, de. . . .	42	Avocats. . . .	29
Agriculteurs.	40	Instituteurs. . . .	27
Employés divers. . . .	33	Médecins. . . .	24

D'où résulte une grande infériorité pour les médecins. A Genève nous trouvons les proportions suivantes pour le nombre des personnes qui ont atteint ou dépassé l'âge de 70 ans; sur cent décès, chez les

Théologiens.	46	Avocats. . . .	42
Agriculteurs.	27	Médecins . . .	33
Employés divers. . . .	36		

La supériorité est, comme en Prusse, pour les théologiens, puis pour les avocats et les employés ; les médecins, quoique n'occupant pas le dernier degré de l'échelle, sont cependant assez peu favorisés sous le rapport de la longévité.

27	Musiciens	61,1
33	Marchands épiciers	57,7
10	Marchands ferronniers	55,9
11	Marchands de tabac	58,3
10	Marchands de bois	60,0
8	Marchands de fromage	68,5
53	Marchands divers	55,7
152	Orfèvres	61,6
94	Perruquiers	57,5
24	Passementiers	68,1
25	Portiers	65,9
0	Porteurs d'enterremens	75,0
8	Pelletiers	70,0
25	Teinturiers	63,4
26	Tourneurs sur bois	57,4
41	Tisserands	60,5
43	Tanneurs	55,2
35	Teneurs de livres	58,9
18	Vitriers	57,3
6	Vermicelliers	66,7
2714	*Vie moyenne*,	60,7

3e CLASSE. — *Professions de manœuvres.*

Nombre des décès.	Professions.	Vie moyenne.
6	Balayeurs de rues	56,0
99	Coupeurs de bois	58,8
12	Charbonniers	55,1
15	Charretiers	55,3
7	Emballeurs	58,3
15	Mesureurs de charbon	59,1
35	Messagers	57,9
7	Mouleurs au port	59,7
52	Emménageurs (nettoyeurs)	60,0
27	Palefreniers	57,2
10	Paveurs	58,2
6	Terrassiers	58,0
291	*Vie moyenne*,	57,8

§ II. *Au-dessous de la moyenne.*

1re CLASSE. — *Professions aisées ou libérales.*

Nombre des décès.	Professions.	Vie moyenne.
41	Chirurgiens ou officiers de santé	54,0
46	Ecrivains maîtres d'écriture	51,0
15	Hommes de lettres	52,7
102	*Vie moyenne*,	52,6

2e CLASSE. — *Professions industrielles.*

Nombre des décès.	Professions.	Vie moyenne.
8	Aubergistes	53,4
77	Bouchers	53,0
82	Boulangers	49,8
11	Brossiers	50,1
16	Barbiers	47,4
21	Charrons	54,7
38	Chapeliers	50,9
20	Chaudronniers	51,8
376	Cordonniers	54,2
12	Cuisiniers	54,1
10	Couverturiers	53,0
15	Doreurs	51,7
75	Emailleurs	48,7
28	Encaveurs	53,4
7	Emboîteurs de montres	42,9
39	Ferblantiers	45,6
117	Faiseurs de ressorts	54,8
63	Forgerons	54,5
37	Faiseurs de limes	53,6
15	Faiseurs de cadran	53,9
10	Fonteniers	50,5
179	Graveurs	54,7
125	Indienneurs	52,1
41	Imprimeurs	54,3
138	Joailliers	49,6
16	Limonadiers	48,7
27	Meuniers	42,0
143	Menuisiers	49,7
370	Monteurs de boîtes de montres	52,2
37	Mécaniciens	50,4
65	Peintres-vernisseurs	44,3
35	Polisseurs en métaux	53,7
14	Potiers de terre	51,8
13	Pâtissiers	46,0
62	Serruriers	47,0
29	Selliers	52,6
6	Sculpteurs	36,3
247	Tailleurs	54,2
97	Tonneliers	54,2
22	Taillandiers	52,4
10	Tailleurs de pierre	34,4
9	Vanniers	54,3
8	Vignerons	54,8
2770	*Vie moyenne*,	50,5

3e CLASSE. — *Professions de manœuvres.*

Nombre des décès.	Professions.	Vie moyenne.
267	Agriculteurs	54,7
46	Bateliers	49,2
9	Bergers	40,8
26	Couvreurs	47,7
12	Cochers	45,0
177	Domestiques hommes	45,4
48	Portefaix	52,3
13	Infirmiers garde-malades	53,6
171	Manœuvres	52,4
15	Porteurs de lessives	54,1
11	Porteurs de chaises	53,7
8	Ramoneurs	45,0
78	Voituriers	51,4
881	*Vie moyenne*,	49,6

La comparaison de ces divers tableaux nous donne pour les trois classes un résultat identique sur l'influence de l'aisance et de l'instruction pour prolonger la durée de la vie; la différence entre les classes pauvres et les classes aisées est de *sept ans et demi*, soit

un huitième de la longueur totale de la vie. Le tableau suivant nous montre l'uniformité de ce résultat, et le degré de cette influence dans les trois classes que nous avons établies.

1re CLASSE.

	Vie moyenne.
	au-dessus de 55 ans.
Professions aisées ou libérales	62,2
	au-dessous de 55 ans.
Idem	52,6
Total,	61,0

2e CLASSE.

	au-dessus de 55 ans.
Professions industrielles	60,7
	au dessous de 55 ans.
Idem	50,5
Total,	56,4

3e CLASSE.

	au dessus de 55 ans.
Professions de manœuvres	57,8
	au-dessous de 55 ans.
Idem	49,6
Total,	53,6

L'on voit que la durée de la vie est abrégée à mesure que l'on passe d'une classe aisée à celle qui l'est moins ; la différence est surtout marquée entre les professions aisées et les industrielles, elle l'est moins entre les professions industrielles et celle des manœuvres.

La différence est de *quatre ans et six dixièmes* dans le premier cas, et seulement de *deux ans et huit dixièmes* dans le second.

Nous pouvons donc considérer l'aisance comme influant dans des limites assez étendues sur le chiffre de la vie. Il y a déjà quelques années que M. le docteur Villermé était arrivé au même résultat sur une population et par une méthode complètement différentes ; il avait montré que la mortalité des divers quartiers de Paris était d'autant plus élevée qu'il y avait moins d'aisance, et la vie d'autant plus longue qu'il y avait moins de misère. Les recherches que l'on vient de lire sur la durée de la vie dans les différentes professions, s'accordent complètement avec celles du statisticien français pour démontrer le bénéfice de l'aisance.

Si maintenant nous recherchons comment l'aisance peut contribuer à prolonger la vie, nous reconnaîtrons deux influences différentes, mais qui réagissent l'une sur l'autre. La première est toute matérielle, c'est la diminution des souffrances physiques par une alimentation suffisante et par une protection complète contre les vicissitudes atmosphériques ; l'autre, plus relevée, dérive d'une éducation libérale, qui éloigne des excès grossiers, engage à suivre un genre de vie plus conforme aux lois de l'hygiène, et surtout porte à appliquer des soins mieux entendus, lorsqu'il survient quelque dérangement dans la santé.

Le degré de cette influence d'une éducation libérale a été étudié par un littérateur anglais, M. Madden, qui a conclu de la comparaison de l'âge de divers savans, que l'étude des sciences et des arts offrait une chance remarquable de longévité. Mais il faut remarquer que les résultats obtenus par M. Madden n'offrent qu'un intérêt comparatif, et qu'ils ne peuvent être pris à la lettre, puisqu'ils sont établis sur une classe d'élite, c'est-à-dire sur des auteurs qui sont parvenus à une certaine célébrité, tandis qu'il n'est fait aucune mention de tous ces jeunes gens qui sont morts avant d'avoir un nom, non plus que de tous ceux qui, quoique ayant fourni une longue carrière, ne sont jamais sortis de la médiocrité. Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus par M. Madden nous apprennent que, sur un certain nombre de savans, ceux qui ont cultivé l'histoire naturelle ont vécu en moyenne 75 ans, les philosophes 70 ans, les sculpteurs et peintres 70 ans, les jurisconsultes 69 ans, les médecins 68 ans, les théologiens 67 ans, les philologues 66 ans, les musiciens 64 ans, les romanciers 62 ans et demi, les auteurs dramatiques 62 ans, les auteurs qui ont écrit sur la religion naturelle 62 ans, et les poètes 57 ans. Il est probable que cette échelle de longévité est, en grande partie, fondée sur le degré de difficulté éprouvée pour obtenir une certaine réputation dans les diverses branches de sciences, d'arts ou de littérature. C'est ainsi qu'un naturaliste, un philosophe, ou un jurisconsulte obtiennent plus difficilement la célébrité qu'un romancier, un poète ou un musicien. Peut-être aussi, le nombre des personnes qui cultivent ces diverses branches des arts libéraux influe-t-il aussi sur les résultats obtenus par M. Madden.

Le développement de certaines maladies chez les ouvriers de diverses professions, doit influer notablement sur la durée de la vie. Il serait à désirer que l'on pût résoudre cette importante question d'hygiène et reconnaître ainsi l'influence délétère de chaque profession. Malheureusement les recherches des statisticiens sont encore insuffisantes, et il faut nous contenter d'étudier quelques-unes de ces circonstances. L'une d'elles m'a paru surtout importante à signaler, c'est l'action du développement de la phthisie pulmonaire pour diminuer la durée moyenne de la vie de divers ouvriers. Dans un mémoire publié à Paris (*Annales d'hygiène*, janvier 1834), j'ai établi sur des documens statistiques, le degré d'influence délétère ou préservative de chaque profession quant à la phthisie pulmonaire, et j'ai pu les diviser en deux classes qui comprennent : la première, les professions favorables au développement des maladies de poitrine, et la seconde qui mentionne les états qui préservent jusqu'à un certain point de ce genre de maladie.

Si maintenant nous recherchons quelle est la durée de la vie dans ces deux classes, nous obtiendrons le résultat suivant :

1re CLASSE. — *Professions qui favorisent le développement de la phthisie.*

Professions.	Vie moy.	Professions.	Vie moy.
Peintres-vernisseurs	44,3	Tailleurs	54,2
Sculpteurs	36,3	Menuisiers	49,7
Ecrivains	51,0	Meuniers	42,0
Taillandiers	52,4	Matelassiers	60,3
Vignerons	54,8	Pâtissiers	46,0
Imprimeurs	54,3	Lapidaires	57,8
Chapeliers	50,9	Potiers de terre	51,8
Fripiers	56,0	Emboîteurs de montres	42,9
Ferblantiers	45,6	Instituteurs	58,4
Polisseurs	53,7	Cartiers	57,3
Porteurs de lessives	54,1	Horlogers	55,3
Paveurs	58,2	Forgerons	54,5
Tailleurs de pierres	34,4	Passementiers	68,1
Graveurs	54,7	Limonadiers	48,7
Mécaniciens	50,4	Barbiers	47,4
Indienneurs	52,1	Courtiers	58,4
Serruriers	47,2	Charretiers	55,3
Huissiers	59,1	Faiseurs de cadrans	53,9
Brossiers	50,1	Faiseurs de verges de montres	56,1
Monteurs de boîtes de montres	52,2	Cordonniers	54,2
Joailliers	49,6	Tonneliers	54,2
Faiseurs de ressorts	54,8	Perruquiers	57,2
Emailleurs	48,7	Emménageurs	60,0
Selliers	52,6	Ministres du culte protestant	63,8
Peintres-dessinateurs	57,5	Marchands ferroniers	55,9
Cuisiniers	54,1	Tourneurs	57,4
Balayeurs de rues	56,0		
Terrassiers	58,0		
		Vie moyenne,	53,0

2e CLASSE. — *Professions qui exercent une influence préservative sur le développement de la phthisie.*

Professions.	Vie moy.	Professions.	Vie moy.
Charpentiers	55,1	Manœuvres	52,4
Chirurgiens	54,0	Bouchers	53,0
Chaudronniers	51,8	Marchands épiciers	57,7
Couteliers	57,4	Employés	61,9
Orfèvres	61,6	Relieurs	50,9
Marchands divers	55,7	Régens	64,4
Coupeurs de bois	58,8	Vitriers	57,3
Tanneurs	55,2	Commissionnaires-négocians	64,8
Avocats	64,3	Tisserands	60,5
Blanchisseurs	63,5	Sabotiers	55,0
Porteurs de chaises	53,7	Marchands drapiers	56,7
Porte-faix	52,3	Charrons	54,7
Faiseurs de bas	69,0	Pharmaciens	64,3
Chamoiseurs	61,2	Rentiers	65,8
Charbonniers	55,1	Jardiniers	60,1
Agriculteurs	54,7	Anciens officiers	63,6
Bateliers	49,2	Voituriers	51,4
Doreurs	51,7	Confiseurs	55,2
Hommes de lettres	52,7	Musiciens	61,1
Négocians	62,0	Palefreniers	57,2
Cabaretiers	56,3		
Couvreurs	47,7	Fonteniers	50,0
Messagers	57,9	Fourbisseurs	55,4
Teneurs de livres	58,9	Couverturiers	53,0
Magistrats	69,1	Bourreliers	60,4
Vermicelliers	66,7	Libraires	55,5
Mouleurs au port	59,7	Marchands de tabac	58,3
Jaugeurs	65,9	Fabricans de chandelles	63,9
Epingliers	65,4	Cochers	45,0
Emballeurs	58,3	Culottiers	63,2
Armuriers	57,2	Agens de change	61,5
Architectes	62,1	Hommes de loi	59,7
Agens d'affaires	57,5	Garde-malades	53,6
Ramoneurs	45,0	Guillocheurs	58,2
Pelletiers	70,0	Notaires	62,1
Marchands de fromage	68,5	Mesureurs de charbon	59,1
Aubergistes	53,4	Médecins	66,4
Porteurs d'enterremens	75,0	Teinturiers	63,4
Chocolatiers	73,6	Portiers	65,9
Professeurs	66,6	Fondeurs	59,4
Marchands de bois	60,0		
		Vie moyenne,	59,0

La comparaison de la durée de la vie dans ces deux classes nous donne une différence de *six ans*, en faveur des professions qui exercent une influence préservative sur le développement de la phthisie pulmonaire. Il n'était pas difficile de prévoir ce résultat, puisque l'époque la plus ordinaire du décès des phthisiques est entre 20 et 40 ans, et par conséquent fort au-dessous de la vie moyenne des adultes que nous avons montré être 55 ans.

L'influence délétère des professions qui favorisent le développement de la phthisie, n'est point l'effet d'une cause unique ; nous avons vu dans le Mémoire déjà cité que diverses circonstances concouraient à ce résultat, que les émanations minérales et végétales, sous forme de vapeurs, qu'une atmosphère chargée de poussières diverses, que la vie sédentaire ou passée dans des ateliers, et quelques autres causes moins importantes tendaient à augmenter le nombre des phthisiques, tandis que des circonstances opposées paraissaient exercer une influence préservative sur le développement de la phthisie.

Recherchons maintenant quelle est l'action de chacune de ces circonstances sur la durée de la vie.

En premier lieu, les émanations minérales et végétales, qui ont une influence si fâcheuse sur le développement de la phthisie, doivent aussi contribuer à abréger la durée de la vie. Les professions exposées à respirer ces émanations sous forme de vapeurs sont les suivantes :

Professions	Vie moy.	Professions.	Vie moy.
Chapeliers	50,9	Peintres-vernisseurs	44,3
Doreurs	51,7	Ferblantiers	45,6
Peintres-dessinateurs	57,5	Serruriers	47,2
Emailleurs	48,7	Forgerons	54,5
Fondeurs	59,4		
		Vie moyenne,	51,1

Il résulte de ce tableau que les ouvriers qui exercent ces diverses professions ont vécu en moyenne 51 *ans et un dixième, soit quatre années et neuf dixièmes* de moins que 56 ans, moyenne des classes industrielles auxquelles ils appartiennent. Ce tableau nous fournit une autre remarque assez importante, c'est que l'influence des émanations minérales ou végétales ne s'exerce pas uniquement en développant la phthisie, puisque les doreurs, qui ne comptent qu'un très-petit nombre de phthisiques, ont néanmoins une vie moyenne assez courte; il est probable que ce résultat est dû à l'action des vapeurs mercurielles sur le système nerveux, influence qui se manifeste par le tremblement, la paralysie et une foule d'autres affections ayant le même siége et dépendant de la même cause.

Nous avons vu que les diverses poussières qui flottent abondamment dans l'air respiré par les ouvriers étaient une cause très-fréquente de phthisie pulmonaire; étudions l'influence de cette circonstance sur la durée de la vie. Les professions suivantes sont les principales qui entourent les ouvriers d'une atmosphère chargée de corps étrangers sous forme de poussière. Nous les avons classées suivant la nature minérale, végétale ou animale de ces poussières.

1° *Poussières minérales.*

Professions	Vie moy.	Professions.	Vie moy.
Paveurs	58,2	Sculpteurs	36,3
Balayeurs de rues (1)	56,0	Tailleurs de pierres	34,4
Couteliers	57,0	Maçons	55,2
Epingliers	63,4	Plâtriers	45,5
Polisseurs	53,7	Terrassiers	58,0
		Vie moyenne,	52,0

2° *Poussières végétales.*

Professions.	Vie moy.	Professions.	Vie moy.
Meuniers	42,0	Boulangers	49,8
Perruquiers	57,5	Mesureurs de charb.	59,1
Charbonniers	55,1	Ramoneurs	45,0
		Vie moyenne,	51,4

3° *Poussières animales.*

Professions.	Vie moy.	Professions.	Vie moy.
Chapeliers	40,9	Brossiers	50,1
Couverturiers	53,0	Bourreliers	60,4
Marchands pelletiers	70,0	Matelassiers	60,3
		Vie moyenne,	57,5

Si nous calculons la vie moyenne des ouvriers appelés à respirer des poussières de diverse nature, nous obtiendrons 53 ans 1/2; elle est beaucoup plus longue chez les ouvriers qui sont entourés de poussières animales que chez ceux qui respirent une atmosphère chargée de poussière végétale ou minérale, résultat contraire à ce que nous avons observé pour la phthisie, qui est beaucoup plus fréquente chez les ouvriers exposés à l'inhalation des poussières animales et minérales. En résumé, l'action d'une atmosphère impure est plus puissante pour abréger l'existence, lorsque les corps tenus en suspension sont à l'état de vapeur et peuvent être absorbés par la muqueuse pulmonaire, que lorsqu'ils sont à l'état de poussière, même la plus tenue. Le rapport entre les deux causes délétères est de 51 pour les vapeurs à 53,5 pour les poussières.

L'influence des poussières fines et irritantes pour abréger l'existence a été dès long-temps reconnue dans les pays où certaines fabrications exposent les ouvriers à vivre au milieu d'une atmosphère insalubre. Les ouvriers occupés à Sheffield, au polissage de l'acier, parviennent rarement à un âge avancé : l'on a remarqué que sur 2,500 employés à cette opération, à peine 35 arrivaient à l'âge de 50 ans, et 70 jusqu'à celui de 45 ans; le plus grand nombre meurt avant la trente-sixième année. Les travaux de M. Knight (1) nous font connaître l'âge de divers ouvriers admis au dispensaire de Sheffield : l'on voit dans le tableau suivant combien y est faible la proportion des polisseurs d'acier qui ont atteint un certain âge.

Tableau des malades admis au dispensaire de Sheffield.

Malades au-dessus	Polisseurs d'acier.	Autres états.
de 30 ans.	125	140
35	83	118
40	40	92
45	24	70
50	10	56
55	4	34
60	1	19
	287	539

Si l'on admet que les malades du dispensaire de Sheffield représentent exactement la population ouvrière de cette ville, il résulterait de ce tableau qu'après l'âge de 40 ans, il ne reste que *trois* polisseurs pour 7 ouvriers exerçant d'autres métiers. Il est probable que l'on ne rencontrerait nulle part une mortalité aussi grande, et par conséquent une vie moyenne aussi courte que celle de ces malheureux.

Les ouvriers qui mènent une vie active et font un usage continuel de leurs forces musculaires sont dans des circonstances hygiéniques bien différentes de ceux qui restent habituellement renfermés dans des ateliers

(1) Il n'en est pas de Genève comme de Paris, où les indigens sont employés à balayer les rues, et où l'on ne devient balayeur que quand on ne sait que faire. A Genève ce sont des manœuvres aussi robustes que ceux des autres états.

(1) On the grinders' phthisis. North of England Med. and Surg. Journal Aug. et Nov. 1830.

où ils font comparativement peu d'usage de leurs forces.

Recherchons quelle est l'influence de ces diverses circonstances sur la durée de la vie.

Malheureusement nous ne pouvons pas diviser les professions en deux classes, suivant le genre de vie des ouvriers, vu que les professions de manœuvres qui sont les moins lucratives, s'exercent presque toutes en plein air, en sorte que nous n'obtiendrons par cette comparaison qu'un résultat incomplet. Si l'on veut arriver à reconnaître exactement l'influence de la vie active ou sédentaire, il faut comparer ces deux conditions dans les deux premières classes de professions, les seules où il y ait des ouvriers sédentaires.

Nous obtiendrons ainsi des résultats comparables.

1re CLASSE. — *Professions aisées ou libérales.*

1° *Professions sédentaires.*

Professions.	Vie moy.	Professions.	Vie moy.
Apothicaires	64,3	Marchands drapiers	56,7
Peintres-dessinat	57,5	Notaires	62,1
Employés	61,9	Maîtres d'écoles	64,4
Instituteurs	58,4	Maîtres d'écriture	51,0
Libraires	55,5	Hommes de lettres	52,7
		Vie moyenne,	58,5

2° *Professions actives.*

Professions.	Vie moy.	Professions.	Vie moy.
Agens de change	61,5	Médecins	66,4
Courtiers	58,4	Chirurgiens	54,0
		Vie moyenne,	60,1

2e CLASSE. *Professions industrielles.*

1° *Professions sédentaires.*

Professions.	Vie moy.	Professions.	Vie moy.
Armuriers	57,2	Brossiers	50,1
Confiseurs	55,2	Chapeliers	50,9
Epingliers	65,4	Cordonniers	54,2
Faiseurs de bas	69,0	Doreurs	51,7
Faiseurs de verges de montres	56,1	Emailleurs	48,7
		Emboîteurs de montres	42,9
Guillocheurs	58,2	Graveurs	54,7
Horlogers	55,3	Joailliers-bijoutiers	49,6
Lapidaires	57,8	Monteurs de boîtes	52,2
Marchands épiciers	57,7	Polisseurs en mét.	53,7
Orfèvres	61,6	Sculpteurs	36,3
Portiers	65,9	Tailleurs	54,2
Tisserands	60,5	Teneurs de livres	58,9
		Vie moyenne,	55,1

3° *Professions actives.*

Professions.	Vie. moy.	Professions.	Vie moy.
Blanchisseurs	63,5	Bouchers	53,0
Charpentiers	55,1	Boulangers	49,8
Jardiniers	60,1	Charrons	54,7
Maçons	55,2	Encaveurs	53,4
Tanneurs	55,2	Forgerons	54,5
Porteurs d'enterremens	75,0	Serruriers	47,2
Vignerons	54,8		
		Vie moyenne,	56,3

Ces deux tableaux donnent des résultats identiques, c'est-à-dire une prolongation de la vie pour les professions actives, et une diminution correspondante pour les professions sédentaires. Dans les classes aisées la différence est de 1,6, et de 1,2 pour les classes industrielles. L'influence d'une vie sédentaire peut donc être considérée comme nuisible, mais seulement dans des limites peu étendues ; puisqu'en moyenne elle ne diminue la longueur de la vie que d'environ 1,4, et que son action s'exerce surtout sur les classes aisées de la société dont la vie moyenne est la plus longue.

Les circonstances que nous venons de passer en revue ne sont pas les seules qui peuvent influer sur la durée de la vie des ouvriers ; il en est d'autres, tels que les accidens qui entraînent la mort, et qui, étant plus fréquens dans certaines professions, doivent contribuer à diminuer la durée moyenne de la vie. Les circonstances qui portent les ouvriers à se donner eux-mêmes la mort peuvent conduire au même résultat, quoique à un moindre degré.

Nous avons noté dans le tableau tous les cas de morts violentes, volontaires ou accidentelles, qui sont comprises dans les 8,488 décès.

Les cas de suicide n'ont pas été spécifiés dans les registres mortuaires avant l'année 1816, en sorte que le chiffre de 57 ne représente que la proportion des suicides depuis cette époque. Le tableau suivant nous montre la répartition de ces suicides dans les différentes classes de la société.

1re CLASSE. — *Professions aisées ou libérales.*

	Nombre des suicides.	Nombre total des m.
Apothicaires	1	10
Etudians	1	23
Hommes de lett.	1	5
Négocians	5	111
Rentiers	2	179
	10 *suicides.*	*sur* 328 *décès.*

2e CLASSE. — *Professions industrielles.*

	Nombre des suicides.	Nombre total des m.
Cabaretiers	2	37
Chaudronniers	1	6
Culottiers	1	3
Commis-négoc.	1	42
Doreurs	1	7
Emailleurs	2	15
Faiseurs de bas	1	18
Fondeurs	1	11
Faiseurs de ress.	1	35

Faiseurs de limes	1	11
Horlogers	5	258
Indienneurs	1	13
Jardiniers	2	154
Joailliers	2	61
Maçons	2	38
Menuisiers	1	58
Mécaniciens	3	26
March. épiciers	1	21
March. de tabac	1	5
Orfèvres	1	16
Serruriers	2	21
Tailleurs	3	86
Tonneliers	3	29
Tailleurs de pierre	1	10
	40 *suicides*	*sur* 981 *décès.*

Professions de manœuvres.

	Nombre des suicides.	Nombre total des m.
Agriculteurs	2	207
Cochers	1	8
Porte-faix	1	13
Gendarmes	2	17
Voituriers	1	31
	40 *suicides*	*sur* 98 *décès.*

Il résulte de ce tableau, que la proportion des suicides est plus considérable dans les classes industrielles que dans les classes aisées ou manouvrières, et des deux dernières, c'est celle-ci qui compte le moindre nombre de suicides dans la proportion de 0,030 pour la première classe, 0,041 pour la deuxième, et 0,025 pour la troisième. Si ces résultats étaient confirmés par des recherches plus nombreuses, l'on pourrait en conclure que ce n'est point la misère qui cause la majeure partie des suicides à Genève, mais plus ordinairement les vicissitudes de fortune, puisque ce sont les classes industrielles où la cessation des ressources est fréquente, qui comptent le plus grand nombre de ces actes de désespoir.

La conséquence des morts violentes sur le chiffre de la durée de la vie, peut être déduite de l'inspection du tableau où l'on voit la différence qui résulte de la soustraction des cas de morts violentes; leur nombre s'est élevé à 352, sur 8,488 décès, mais il ne faut pas considérer ce chiffre comme une moyenne, vu que l'époque des dissensions civiles se trouve comprise dans le tableau, en sorte que le nombre des morts violentes se trouve beaucoup plus élevé qu'il ne l'est en temps ordinaire. La somme totale des déductions pour cause de mort accidentelle donne *neuf dixièmes* de plus que les 55 ans de la vie moyenne, en sorte que, considérée en masse, cette influence est peu considérable. Il n'en est pas de même de quelques professions dont la vie moyenne est notablement diminuée par les cas de morts violentes, telle est celle des cochers et voituriers, qui, si l'on déduit 7 cas de ce genre, auraient vécu en moyenne 56,5 ans, au lieu de 48,2.

Les divers ouvriers que leur profession expose à des accidens sont les seuls où la vie moyenne devrait être calculée, sans déduire les cas de mort violente, puisque c'est une condition inhérente à leur état. Nous avons cherché à apprécier l'étendue de cette influence par le moyen du tableau suivant.

Professions.	Nombre des morts viol.	Nombre total des morts.	Proportion des morts violentes aux autres déc.	Vie moyenne calculée sur la totalité des décès.	Vie moyenne calculée en défalquant les morts viol.
Bouchers	3	77	0,04	53,0	53,1
Bateliers	6	46	0,13	49,2	51,3
Charpentiers	12	176	0,07	55,1	55,7
Couvreurs (1)	7	26	0,27	47,7	48,8
Cochers-voitur.	7	90	0,08	48,2	56,3
Ferblantiers	4	39	0,10	45,6	47,0
Maçons	12	124	0,10	55,2	55,6
Emménageurs	7	52	0,13	60,0	59,1
	58	630	0,09	51,4	53,7
			en moyenne.	en moyenne.	en moyenne.

La durée de la vie chez ces divers ouvriers aurait été augmentée de *deux ans et trois dixièmes*, si leur état ne les avait pas exposés à des accidens qui en ont fait succomber 58 sur 630, soit 1 sur 11. Les dangers de mort violente auxquels certaines professions sont exposées, sont donc l'un des élémens importans à noter, puisque cette chance contribue à diminuer la longueur de la vie de plus de deux années. Mais il est deux états qui font exception à la règle générale que nous venons d'établir; ce sont les couvreurs et les emménageurs ou nettoyeurs, qui, les uns et les autres ont une vie moyenne plus courte, si l'on défalque les cas de mort violente; au reste, si cette circonstance présente quelque singularité, elle n'est point inexplicable, puisqu'il paraît évident que ce sont presque uniquement les couvreurs et les emménageurs âgés ou affaiblis par l'âge, qui succombent par suite de chutes ou d'accidens survenus, dans l'exercice de leur profession.

CONCLUSION.

Si nous résumons les recherches qui précèdent, nous arriverons à quelques conclusions qui ne sont pas sans intérêt pour l'hygiène des professions. En premier lieu, nous avons reconnu deux classes d'influences quant à la durée de la vie des ouvriers; les unes concourent à la prolonger et d'autres à la diminuer; celles-ci, plus nombreuses que les premières, sont aussi plus importantes à signaler, puisqu'il est plus facile d'éviter des circonstances fâcheuses que d'entourer les ouvriers des soins nécessaires à leur bien-être.

---

(1) Dans un Mémoire de M. Deseamps sur la Société de Secours mutuels entre les couvreurs de Paris, l'on trouve que la proportion des morts violentes accidentelles est encore plus forte qu'à Genève, puisqu'elle s'élève à près de moitié du nombre total des décès (16 sur 34). *Ann. d'Hygiène*, juillet 1834.

1° *Influences favorables à la durée de la vie.*

Nous en avons reconnu deux principales, l'*aisance* et la *vie active*. La première doit être signalée comme un fait hygiénique et appréciée à sa juste valeur ; mais il n'entre pas dans notre but de rechercher les moyens qui pourraient améliorer le sort des classes pauvres. Nous avons vu que la durée de leur vie était d'*un huitième* moins considérable que celle des classes riches : savoir, de *cinquante-trois ans et six dixièmes*, au lieu de *soixante-un ans*.

La deuxième est toute du domaine de l'hygiène, elle montre l'influence de la vie active sur la durée de la vie des ouvriers. Ceux que leur profession oblige à mener une vie sédentaire, vivent moins long-temps que les ouvriers dont les travaux demandent un exercice fréquent et en plein air. La différence entre ces deux classes d'ouvriers est bien moins considérable que celle des riches aux pauvres, elle ne dépasse pas *un an et quatre dixièmes* dans l'ensemble des professions aisées et industrielles ; mais elle est plus marquée dans les classes aisées où elle atteint la proportion de *un an et six dixièmes*.

2° *Influences défavorables à la durée de la vie.*

La première de ces influences vient d'être signalée, c'est l'absence d'aisance et le peu de ressources pécuniaires ; nous avons vu que cette circonstance abrégeait la vie d'une proportion notable (un huitième), tandis que les autres n'agissent que dans des limites bien moins étendues.

La seconde influence défavorable à la durée de la vie, c'est l'existence de vapeurs minérales ou végétales dans l'atmosphère qui entoure les ouvriers ; cette influence est d'autant plus nuisible que les vapeurs sont plus irritantes ; en moyenne elle abrège la vie de *quatre ans et neuf dixièmes*. Mais elle est bien plus fâcheuse chez certains ouvriers qui succombent presque tous à la fleur de leur âge.

Une troisième circonstance qui agit dans le même sens que la précédente, quoiqu'à un moindre degré, c'est l'inhalation de certaines poussières minérales, végétales ou animales, surtout des deux premières.

Cette influence qui, à Genève, diminue la moyenne durée de la vie de *deux ans et demi* est surtout fâcheuse dans les manufactures où des poussières, tantôt fines et élastiques, tantôt dures et irritantes, remplissent constamment l'air des ateliers. Les fileurs de coton en ont éprouvé des effets si marqués, que le gouvernement anglais ordonna une enquête pour reconnaître les causes de la mortalité de ces malheureux ouvriers. Les maçons et les tailleurs de grès succombent aussi à un âge peu avancé par suite de l'action délétère des poussières qu'ils respirent continuellement. Enfin les ouvriers occupés à polir l'acier, parviennent rarement à un âge avancé, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

Une quatrième circonstance qui concourt à abréger la vie, c'est la fréquence des accidens auxquels certains ouvriers sont exposés ; tantôt, ce sont des blessures et des contusions, comme chez les bouchers et les voituriers, tantôt ce sont des chutes depuis un toit ou une fenêtre, comme chez les emménageurs, les couvreurs, les charpentiers, les maçons et les ferblantiers ; tantôt ce sont les dangers de la navigation, comme chez les bateliers; l'ensemble de ces circonstances nous a paru diminuer la durée moyenne de la vie de *deux ans et trois dixièmes*.

Enfin, la dernière circonstance qui concourt au même but a été déjà signalée, c'est l'influence d'une vie sédentaire, qui cause une diminution moyenne de *un an et quatre dixièmes* sur la durée totale de la vie.

Nous pouvons donc, en définitive, établir le degré d'action, et la nature des diverses influences qui ont été successivement examinées.

1° *Influences favorables.*

Aisance	7,5
Vie active	1,4

2° *Influences défavorables.*

Défaut d'aisance	7,5
Vapeurs minérales et végétales	4,9
Poussières diverses	2,5
Morts violentes et accidentelles	2,3
Vie sédentaire	1,4

Appliquons maintenant ces connaissances à diverses professions, et nous aurons l'explication de leur ordre de longévité. Nous avons vu que les magistrats, les rentiers, les ecclésiastiques, les anciens officiers, les négocians et les employés occupaient le premier rang ; or, c'est à l'aisance qu'est dû ce résultat, c'est aussi à la même cause qu'est due la plus longue durée de la vie des jardiniers, comparée à celle des agriculteurs ; des négocians, comparée à celle des marchands ; car ces deux classes de personnes ne diffèrent que par le degré d'aisance.

Nous comprendrons que les jardiniers, les fondeurs, les coupeurs de bois doivent leur longévité à l'activité de leur profession, tandis que les maîtres d'écriture, les monteurs de boîtes, les cordonniers et les tailleurs, n'atteignent pas un âge aussi avancé, par le fait des habitudes sédentaires que nécessite leur état.

Il n'est pas non plus difficile d'expliquer pourquoi les peintres-vernisseurs, les serruriers, les émailleurs, les bijoutiers et les ébénistes occupent les derniers degrés de l'échelle de longévité, puisqu'ils sont toujours exposés à respirer des vapeurs nuisibles. Enfin, si chez les bateliers et les voituriers l'existence est notablement abrégée, c'est que les accidens auxquels ils sont exposés en font périr un grand nombre à la fleur de leur âge.

Ainsi que nous l'avions déjà fait remarquer, il est plusieurs de ces influences qui se détruisent mutuellement ; c'est ainsi que la vie sédentaire des employés est

contrebalancée par leur état d'aisance; tandis que la vie active des coupeurs de bois diminue l'effet fâcheux de la pénurie, en sorte qu'il est un certain nombre de professions qui occupent une place bien différente de celle qui leur aurait été assignée, si l'on n'eût pris en considération qu'une circonstance isolée.

En résumé, l'influence des professions sur la durée de la vie est un phénomène indubitable, et qui se montre avec des limites assez étendues. Les diverses circonstances qui concourent à ce résultat, quoique souvent très-nombreuses, sont le plus ordinairement faciles à reconnaître, et se réduisent à diverses infractions aux lois de l'hygiène.

Nous avons signalé le mal et fixé l'étendue de son action, en sorte qu'il n'est pas difficile de trouver le remède, si du moins l'influence délétère n'est pas tellement inhérente à l'exercice de la profession, qu'elle ne puisse être détruite sans nuire aux produits de l'art. Car il est à craindre que l'appât du gain n'entraîne le plus souvent à sacrifier la santé; et telle est à cet égard l'insouciance des ouvriers, qu'ils se refuseront à la gêne la plus légère, ou à modifier leurs habitudes, quand même le remède proposé serait appuyé des témoignages les plus irrécusables. D'où l'on voit qu'il ne suffit pas de signaler les moyens de rendre les professions moins insalubres, mais qu'il faut encore vaincre la répugnance des ouvriers, ou, en d'autres termes, que l'hygiène des professions est aussi bien du domaine de la morale que de celui des sciences physiques et médicales.

TABLEAU

De la durée de la vie dans diverses professions à Genève. (depuis 1776 à 1830.)

PROFESSIONS.	NOMBRE TOTAL DES MORTS	VIE MOYENNE CALCULÉE SUR LE NOM. TOT. DES MORTS.	VIE MOYENNE CALCULÉE EN DÉFALQUANT LES MORTS VIOLENTES. Nombre des cas de mort violente. volontaire.	accidentelle.	Vie moyenne.
Agriculteurs.	267	54.7	2	16	55,4
Avocats.	12	64,3			
Apothicaires.	19	64.3	1	1	69,2
Agens de change.	12	61,5			
Agens d'affaires.	7	57.5			
Architectes.	7	62,1		1	68.5
Aubergistes.	8	53.4		1	63,8
Armuriers.	7	57.2			
Bouchers	77	53.0		3	53,1
Boulangers.	82	49.8		4	50,3
Bateliers.	46	49,2		6	51,3
Brossiers.	11	50.1			
Barbiers.	16	47,4		1	49,3
Balayeurs de rue.	6	56.0			
Blanchisseurs.	11	63.5			
Bourreliers.	10	60.4		1	60,4
Bergers.	9	40,8			
Charrons.	21	54,7			
Chapeliers.	38	50.9		2	51,6
Chirurgiens et officiers de santé.	41	54.0		1	5[illegible],0
Consignateurs.	17	64,8			
Couteliers.	10	57.4			
Chaudronniers	20	51,8	1	1	48,6
Charpentiers.	179	55,1		12	55,7
Coupeurs de bois.	99	58,8		4	59,4
Confiseurs.	28	55,2		2	57,1
Charbonniers.	12	55.1			
Cabaretiers (m. de vin).	120	56,3	2	5	56.3
Cordonniers.	376	54,2		5	54,4
Chamoiseurs.	13	61.2			
Courtiers.	15	58.4			
Charretiers.	15	55,3	1		57,1
Chocolatiers.	9	73.6			
Cuisiniers.	12	54,1			
Couvreurs.	26	47,7		7	48,8
Culottiers.	12	63.2			
Commis-négocians.	58	38,9	1	5	39.4
Cochers.	12	45,0	1	4	60,3
Cartiers.	7	57.3			
Couverturiers.	10	53,0			
Domestiques.	177	45.4		7	46.0
Doreurs.	15	51.7	1	1	53,8
Dessinateurs (peintres).	24	57,5			
Emailleurs.	75	48.7	2	5	49,7
Encaveurs.	28	53,4		2	54,3
Ecrivains (maîtres d'écriture et écriv. publics).	46	51.0		1	50,5
Enboîteurs.	7	42,9			
Employés (dans les bureaux de l'administ.).	67	61.9	1	2	62.2
Etudians.	39	20,2		3	20,7
Emballeurs.	7	58,3			

PROFESSIONS.	NOMBRE TOTAL DES MORTS.	VIE MOYENNE CALCULÉE SUR LE NOM. TOT. DES MORTS.	VIE MOYENNE CALCULÉE EN DÉFALQUANT LES MORTS VIOLENTES. Nombre des cas de mort violente. volontaire.	accidentelle.	Vie moyenne.
Epingliers.	7	65,4			
Fripiers.	17	56.0			
Ferblantiers.	39	45.6		4	47.0
Faiseurs de bas.	38	09,0	1		69.1
Fondeurs.	47	59 4	1	3	60.4
Faiseurs de ressorts.	117	54 8	1		55,3
Forgerons et maréchaux.	63	54,5		2	55,3
Faiseurs de limes.	37	53,6	1	3	54,0
Fourbisseurs.	10	55.4		1	58,8
Faiseurs de cadrans.	15	53,9			
Fabricans de chandelles.	11	63,9		1	63,8
Fontainiers.	10	50,5		1	53,2
Fabric. de verges (horlog.).	8	56,1			
Graveurs.	179	54,7		5	45,6
Gagne-deniers.	48	52,3		2	52,2
Guillocheurs.	14	58,2			
Gendarmes.	17	34,8	2	4	35,2
Garde-malades (infirm.)	13	53,6			
Hommes de lettres.	15	52,7	1		52.8
Horlogers.	1073	55,3	5	53	55.9
Huissiers.	40	59,1	1	1	59,3
Hommes de loi.	12	59,7	1	1	61,9
Indienneurs.	125	52,1	1	1	52,1
Imprimeurs.	41	54,3			
Instituteurs.	7	58,4			
Jaugeurs.	7	65,9			
Jardiniers.	202	60,1	2	10	61,8
Joailliers (bijoutiers).	138	49,6	2	8	50,3
Lapidaires.	29	57,8			
Limonadiers.	16	48,7			
Libraires.	11	55,5		1	59,2
Meuniers.	27	42,0		5	45,1
Manœuvres (journaliers).	171	52,4		8	52.4
Menuisiers ébénistes.	143	49,7	1	11	49,8
Monteurs de boîtes de montres.	370	52,2			
Maçons.	124	55,2	2	12	55,6
Magistrats.	71	69.1			
Médecins (docteurs).	18	66,4			
Mesureurs de charbon.	15	59,1		1	59,2
Messagers.	35	57,9		1	59,2
Matelassiers.	20	60,3			
Musiciens.	27	61,1			
Ministres et pasteurs prot.	52	63,8			
Mécaniciens.	37	50.4	3	1	50,6
Marchands épiciers.	33	57,7	1	1	57,7
Marchands drapiers.	21	56.7			
Marchands ferronniers.	16	55,9		1	57,5
Marchands de tabac.	11	58,3	1	1	63,4
Marchands de bois.	10	60,0			
Marchands de fromage.	8	68.5			
Marchands divers.	53	55,7		1	55,4
Mouleurs au port.	7	59,7			
Négocians.	476	62,0	5	15	36,0
Nettoyeurs (emménag.).	52	60,0		7	59,1
Notaires.	15	62.1			
Orfèvres.	152	61,6	1	1	68,8
Officiers (anciens).	80	63,6		1	63,8

PROFESSIONS.	NOMBRE TOTAL DES MORTS.	VIE MOYENNE CALCULÉE SUR LE NOM. TOT. DES MORTS.	VIE MOYENNE CALCULÉE EN DÉFALQUANT LES MORTS VIOLENTES. Nombre des cas de mort violente. volontaire.	accidentelle.	Vie moyenne.
Palefreniers.	27	57,2			
Peintres-vernisseurs.	65	44,3		4	45,0
Polisseurs en métaux.	35	53,7			
Perruquiers	94	57,5		5	57,9
Passementiers.	24	68,1			
Paveurs.	10	58,2		1	58,2
Potiers de terre.	14	51,8		1	53,1
Porteurs de lessives.	15	54,1			
Professeurs.	10	66,6			
Portiers.	25	65,9		1	66,3
Porteurs d'enterremens.	9	75,0			
Porteurs de chaises.	11	53,7			56,3
Pelletiers (marchands).	8	70,0			
Pâtissiers.	13	46,0			
Relieurs.	18	50,9		1	50,7
Régens (maître d'école).	18	64,4			
Ramoneurs.	8	45,0		1	45,3
Rentiers.	275	65,8	2	2	66,2
Soldats.	338	48,4		33	46,6
Serruriers.	62	47,2	2	4	49,1
Sabotiers.	21	55,0		1	55,0
Selliers.	29	52,6		1	53,5
Sculpteurs.	6	36,3			
Tailleurs.	247	54,2	3	9	54,9
Tonneliers.	97	54,2	3	7	54,2
Teinturiers.	25	63,4		1	63,7
Taillandiers.	22	52,4		2	53,7
Tourneurs sur bois.	26	57,4			
Tisserands.	41	60,5			
Tanneurs.	43	55,2		1	54,6
Teneurs de livres.	35	58,9		3	61,6
Tailleurs de pierres.	10	34,4	1	2	36,3
Terrassiers.	6	58,0			
Voituriers.	78	51,4	1	3	52,4
Vitriers.	18	57,3			
Vanniers.	9	54,3			
Vermicelliers.	6	66,7			
Vignerons.	8	54,8		1	
	8488	55	57	352	55,9

NOTE

Sur les inconvéniens des vases de cuivre et de plomb employés dans la préparation des alimens ; par M. Barruel.

1° *De l'emploi des vases de cuivre, pour la cuisson des viandes, chez les charcutiers.*

Il serait urgent de proscrire à jamais des cuisines des charcutiers toutes les chaudières et casseroles en cuivre, et de les remplacer par des chaudières et casseroles en fonte ou en fer battu étamé. Cette substitution serait, aujourd'hui, d'autant plus facile, que l'on fabrique ces deux espèces de vases de toutes grandeurs, et dans un état de perfection qui doit leur faire donner la préférence sur les vases de cuivre. C'est à tort que l'on invoquerait le long usage que l'on a fait de ces derniers, et les avantages qu'on leur attribue sur les autres. Il est facile de rétorquer ces argumens en rappelant que l'usage des vases en fer est très-ancien dans la Lorraine et dans la Bourgogne, pays dont la cuisine n'est pas moins estimée que celle que l'on fait ailleurs. L'autorité serait d'autant plus fondée à prescrire cette mesure aux charcutiers, que ces charcutiers eux-mêmes portent en ville leurs marchandises, dans des casseroles en fer étamé, ou même en étain : c'est ce qui a lieu, particulièrement pour les cotelettes à la sainte-ménehould.

2° *De l'emploi des saloirs en plomb dont se servent les charcutiers.*

On devrait substituer aux saloirs en plomb, les saloirs en bois qui n'ont pas, contrairement à ce que prétendent les charcutiers, l'inconvénient de piquer la viande. Dans plusieurs provinces, on ne se sert que de saloirs en bois : on en fait autant pour les salaisons de la marine. Dans le Nivernais on emploie des saloirs en grès ; ils ont les mêmes avantages que ceux de bois.

3° *De l'emploi que font les vinaigriers de vases en cuivre.*

Les vinaigriers font usage de canelles en cuivre, pour soutirer le vinaigre des tonneaux, et de bassines en cuivre, pour la préparation des cornichons. Aux canelles en cuivre, il convient de substituer les canelles en bois ou les robinets en verre que l'on fabrique aujourd'hui de toutes dimensions et à bon compte. Quant aux bassines en cuivre pour la préparation des cornichons, on ne pourrait leur substituer que des vases en argent ou en porcelaine, le vinaigre attaquant tous les autres métaux. Mais cette opération se fait en grand, et les vases en argent seraient trop coûteux pour que l'on pût faire une obligation aux fabricans de s'en procurer. Comme il serait difficile de surveiller la parfaite propreté des chaudières en cuivre, que conséquemment il serait presque impossible à l'autorité de s'opposer aux dangers d'une mauvaise fabrication, dangers qui se renouvellent chaque jour, pendant au moins deux mois de l'année, la meilleure mesure à prendre serait de prévenir le public que tous les cornichons, et surtout ceux qui sont d'un beau vert, ceux que préfèrent les amateurs de cornichons, contiennent de l'acétate et du tartrate double de cuivre et de potasse ; que souvent ils en contiennent assez pour occasioner des accidens, et que c'est à ces sels qu'il faut attribuer les indispositions, les coliques et les vomissemens qu'éprouvent, après le repas, les personnes qui font usage de cornichons. On remplace d'ailleurs avantageusement les cornichons verts, par des cornichons faits à froid dans du vinaigre qui n'a pas bouilli. Ces derniers, à la vérité, sont jaunâtres, mais ils ont un goût plus parfait que les premiers, et leur emploi ne présente aucun danger.

BULLETIN GÉNERAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

AOUT 1835.

N° 15. — 15 Aout.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Considérations sur la nature, le siége et la thérapeutique du rhumatisme.

(DEUXIÈME ARTICLE.)

Nous avons dit au commencement de ces considérations qu'on ferait une bibliothéque des ouvrages écrits sur cette maladie; on peut dire également qu'on pourrait faire une pharmacopée tout entière des médicamens employés et proposés pour le rhumatisme. C'est ici que le médecin polypharmaque peut étaler à loisir son savoir et son savoir-faire. Malheureusement le traitement de cette affection confirme une ancienne vérité, que c'est un mauvais signe quand on préconise une foule de remèdes pour une maladie. En effet, celui qui est constamment efficace, celui dont on peut dire hardiment: *Post hoc, ergo propter hoc*, est encore à trouver pour le rhumatisme. Cependant, comme il est de ces moyens curatifs dont l'efficacité est plus ou moins directe ou positive, nous nous contenterons dans cette revue pratique de parler de ces derniers, laissant de côté ceux dont l'expérience a démontré la nullité ou n'a pas suffisamment encore prouvé les bons effets.

Remarquons d'abord qu'il est important de conserver pour la thérapeutique du rhumatisme l'ancienne et rationnelle distinction du rhumatisme aigu et du rhumatisme chronique; or, comme le premier n'attaque guère avec une certaine violence que les jeunes gens, il est évident qu'on doit le combattre par la méthode antiphlogistique. Toutefois il ne faut pas donner à ce précepte une trop grande extension, c'est-à-dire, qu'à moins d'une constitution éminemment pléthorique, on ne doit pas trop multiplier les saignées; car rien ne dispose davantage au rhumatisme chronique et aux fréquentes rechutes de la maladie. C'est malheureusement ce qu'on observe tous les jours, au grand détriment de beaucoup de malades. Cette remarque n'est pas nouvelle, car Baillou se plaignait déjà amèrement de son temps qu'on saignait beaucoup trop et trop fréquemment dans les cas de rhumatisme aigu. *Carnificis est*, dit-il, *non autem medici, ità liberaliter et parvâ de causâ sanguinem mittere, cum sanguis naturæ thesaurus sit et amicus.* Sydenham, après avoir largement usé de la saignée dans ce cas, y renonça presque complétement, ainsi qu'il le dit dans sa lettre à Robert Brady. Il vaut donc mieux saigner modérément d'abord, puis tâcher d'obtenir une *diaphorèse* abondante et soutenue, qui termine toujours heureusement la maladie. Ces moyens, aidés de cataplasmes émolliens, de linimens adoucissans ou légèrement narcotiques, ont presque toujours du succès.

Cependant, dans le plus grand nombre de cas, le rhumatisme prend un caractère chronique; sa guérison devient alors très-difficile et quelquefois même impossible. Si on se rappelle ce que j'ai dit sur sa nature, le siége qu'il occupe, sur sa mobilité, la facilité des rechutes, la susceptibilité des sujets qui l'ont eu d'en être attaqués de nouveau, on ne sera pas étonné de voir le rhumatisme chronique résister à cette foule de médicamens préconisés en tout temps pour sa guérison. Quelque nombreux qu'ils soient, on peut cependant réduire à quatre divisions principales les moyens thérapeutiques employés contre le rhumatisme chronique, bien qu'il y ait quelques médicamens mixtes qui opèrent cette guérison par des qualités différentes. Ces quatre divisions comprennent les sudorifiques, les excitans de la peau ou révulsifs, les antispasmodiques et les antipériodiques.

1° *Les sudorifiques.* Il est vulgaire, il est banal de faire suer dans toute affection rhumatismale, cette dernière étant attribué, non sans raison, à une suppression de transpiration. Suez long-temps et beaucoup, voilà le conseil qu'on entend répéter chaque jour dans ce cas. Il y a ici, comme dans toute proposition pathologique très-générale, du vrai et du faux. Il est certain que les sudorifiques, administrés méthodiquement, peuvent dans beaucoup de cas, amener une terminaison heureuse; mais combien de fois aussi n'a-t-on pas vu des sueurs abondantes ne point terminer la maladie.

Les sudorifiques proposés pour la guérison du rhumatisme présentent un cadre immense, que nous nous garderons de parcourir. Voici ceux dont l'efficacité m'a paru incontestable: la poudre de Dower; ce médicament, trop négligé en France, produit souvent d'étonnans effets, surtout en l'administrant à doses graduées et élevées; nous le recommandons de nouveau. Il en est de même du rob de sureau, tant vanté par Quarin. Ce

médicament joint une qualité purgative précieuse à sa propriété sudorifique. L'action de ces médicamens doit être soutenue par des boissons chaudes et légères ; mais celles-ci, administrées seules, ne suffisent jamais dans les cas de rhumatisme chronique. La décoction concentrée de Gaïac, très-préconisée il y a quelque temps, puis presque tombée dans l'oubli, produit aussi de bons effets, surtout quand on y ajoute, comme je le fais, un peu d'ammoniaque liquide ou du carbonate d'ammoniaque. Malheureusement beaucoup d'estomacs ne peuvent supporter ces boissons, surtout à des doses suffisantes et quand il convient d'en prolonger l'usage. Enfin les bains chauds et les bains de vapeur. Ce dernier moyen assez généralement employé aujourd'hui, amène souvent des guérisons inespérées, pourvu qu'il soit administré convenablement. A cet égard, la capitale jouit de l'avantage de posséder plusieurs établissemens importans. Parmi ces derniers, tous les médecins ont remarqué les *Néothermes*, et on peut prendre, en effet, cet établissement pour point de comparaison ; car, nulle part, les bains de vapeur n'ont été administrés avec plus de méthode, de précaution, de règle positive, que dans cette maison. Et qu'on ne s'y trompe pas ; il y a dans l'administration de ce moyen thérapeutique une certaine graduation de température, de force de projection dans la douche, des qualités intrinsèques de la vapeur, dont les résultats sont très-importans. Or, ces nuances sont parfaitement saisies aux Néothermes. Viennent ensuite les frictions artistement exercées sur tout le système cutané, le massage progressif et combiné d'après les forces individuelles, enfin mille petits soins de détail qu'un pauvre malade, dont les membres son endoloris, sait si bien apprécier, se trouvent dans cet établissement balnéaire, que nous ne cesserons de recommander au public et à nos confrères. Il faut d'ailleurs observer que certains malades pléthoriques ne peuvent supporter ni les bains chauds ni les bains de vapeur, pour peu que la température en soit élevée. Ces bains déterminent alors des raptus de sang à la tête, dont il faut toujours se méfier. On a aussi vanté, pour la guérison du rhumatisme, des *bains de calorique*, qui déterminent une sueur abondante. Nous attendrons, pour les juger, que leurs bons effets soient plus généralement connus.

2° *Les excitans de la peau ou révulsifs.* C'est dans cette classe que se trouve plus particulièrement le grand nombre de médicamens vantés contre le rhumatisme chronique. Il y a ici, sous le nom de linimens, d'emplâtres, de lotions, etc., des formules de toutes les espèces, de toutes les dimensions ; malheureusement les effets répondent bien rarement d'une manière complète à l'attente du praticien. Forcé d'en écarter une immense quantité, je n'exposerai ici que les plus efficaces, d'après des essais comparatifs multipliés. Au premier rang il convient de placer les vésicatoires volans ou stationnaires. Il faut seulement remarquer que ces vésicatoires doivent occuper une large surface ; d'après des observations multipliées, leur action est alors plus vive, les résultats plus certains. L'urtication plus ou moins répétée, la moxibustion, l'ustion par la poudre à canon, les frictions avec une solution de tartre stibié, l'emplâtre de poix de Bourgogne, simple ou saupoudrée d'émétique, les frictions avec divers éthers, purs ou combinés avec le savon, comme, par exemple, le baume opodeldoch, etc., présentent des avantages marqués. On peut aussi employer une foule de linimens variés de toutes les manières, selon le degré de stimulation qu'on veut produire sur la peau. Je dois dire néanmoins qu'après en avoir essayé un très-grand nombre, celui qui m'a paru avoir les succès les plus constans est encore le liniment ammoniacal, dont la formule se trouve partout ; tant il est vrai que les choses les mieux conçues présentent souvent le plus d'avantages. Si pourtant on veut déterminer une action assez vive sur la peau, voici une modification de ce même liniment, qui peut atteindre parfaitement le but.

Prenez :	Huile de camomille.	℥ ij.
	Alcool ammoniacal.	℥ j.
	Laudanum de Sydenham.	℥ ß.
	Huile volatile de menthe poivrée.	ʒ j.

M. s. a.

On a également vanté, dans ces derniers temps, les frictions faites sur la partie rhumatisée avec de l'huile de croton tiglium. Il est certain que les frictions répétées déterminent une éruption pustuleuse, qui souvent amène du soulagement et quelquefois la guérison. Je pourrais en citer trois exemples remarquables, si je ne craignais de donner trop d'extension à ces réflexions. Voici la formule dont je me suis servi :

Prenez :	Huile de croton tiglium.	1 partie.
	Liniment de savon.	3 parties.

Mêlez avec soin ; faites des frictions autant que possible, pour produire l'éruption. Il faut néanmoins remarquer que chez certains individus le système cutané est tellement sensible que l'irritation qui a lieu dans ce cas peut déterminer de la fièvre. Chez d'autres, il y a des purgations, comme on voit des vomissemens produits quelquefois pendant l'emploi de la pommade d'Authenrieth. C'est au praticien à se diriger en conséquence de l'irritabilité plus ou moins grave de la peau.

3° *Les antispasmodiques.* On peut diviser ces médicamens en ceux qui sont administrés à l'intérieur et ceux qu'on applique sur les parties douloureuses. Parmi les premiers, il faut d'abord compter l'opium administré à hautes doses et graduellement. Ce moyen a été singulièrement vanté par plusieurs praticiens, et il faut avouer que ce n'est pas sans fondement. Cependant la nécessité de donner ce médicament à hautes doses force souvent le praticien d'en abandonner l'emploi, surtout chez certains individus, où il détermine rapidement un narcotisme plus ou moins prononcé, quelquefois une irritation très-vive du système nerveux. J'ajouterai à cette considération, que quand l'opium a du succès dans le rhumatisme, c'est presque toujours

en déterminant d'abondantes sueurs ; en sorte qu'il est douteux s'il ne conviendrait pas de considérer plutôt ce médicament comme sudorifique que comme antispasmodique.

L'extrait d'aconit napel, si vanté autrefois par Stoërk, a de nouveau été préconisé de nos jours pour la guérison du rhumatisme ; on a cité des exemples remarquables de succès obtenus avec ce médicament, surtout dans certaines névralgies et quelques rhumatismes des grandes articulations. C'est ce que je suis loin de vouloir nier : toutefois beaucoup de praticiens ayant eu recours à l'extrait d'aconit napel, n'en ont obtenu que des résultats nuls ou insignifians, et je suis de ce nombre. Je dois remarquer néanmoins que, l'ayant employé contre la névralgie rhumatismale dont je fus atteint, ainsi que je l'ai dit, j'ai cru obtenir par ce moyen quelque soulagement. L'espèce de doute où je suis encore tient à ce que la susceptibilité de mon estomac n'a pas permis d'élever la dose d'extrait d'aconit au-dessus d'un grain par jour, dose assurément très-faible. Ce qui vient d'être dit de l'aconit peut s'appliquer au stramonium. On a cité d'incontestables guérisons de rhumatismes produites par ce moyen, mais l'expérience en a fait voir toute l'insuffisance dans une foule de cas.

Parmi les antispasmodiques employés extérieurement, n'oublions pas le cyanure de potassium. Il est certain que, dans beaucoup de névralgies, cette substance exerce une action médicatrice remarquable. Il en est de même pour le rhumatisme, pourvu que la partie affectée soit placée le plus près possible de la peau ; car j'ai observé que, dans ce cas, l'action du médicament est bien plus active. Les onctions faites sur les parties douloureuses avec le laudanum de Rousseau ou de Sydenham, pur ou mêlé avec l'onguent populéum, pour lui donner plus de consistance. Les frictions avec le liniment suivant produisent aussi de bons effets :

Prenez :	Eau de laurier cerise.	℥ iv.
	Éther sulfurique.	℥ j.
	Laudanum de Rousseau.	ʒ j.
	Extrait de Belladone.	ʒ ij.
M. s. a.		

Mais, de tous les moyens antispasmodiques employés extérieurement, la méthode endermique est assurément celle qui compte le plus de succès, bien que, comme dans toutes les autres, ces succès ne soient pas toujours constans. On se sert dans ce cas des extraits de stramonium, de belladone, de l'acétate ou de l'hydrochlorate de morphine ; je puis pourtant affirmer que les deux derniers médicamens sont infiniment préférables aux autres. L'essentiel ici est de graduer les doses, de manière à ne pas déterminer des accidens par l'absorption d'une trop grande quantité de médicament. Il faut encore remarquer qu'il y a des idiosyncrasies sur lesquelles l'opium et ses préparations agissent d'une manière singulière, c'est-à-dire que, loin d'occasioner la sédation du système nerveux, ils en déterminent, au contraire, la stimulation et l'incitation. Ce cas, quoique assez rare, se rencontre assez dans la pratique pour étonner le médecin qui n'est point averti ; je pourrais en citer des exemples remarquables, dont l'un fut observé chez un pharmacien des plus instruits, si l'espace me le permettait.

4° *Les antipériodiques.* J'ai déjà dit que Haygarth, Gianini, et, avant eux, Fordyce, avaient employé le quinquina contre le rhumatisme. En Angleterre, plusieurs praticiens y ont encore recours ; mais, de même que ce médicament n'a de succès réel et bien constaté dans les névralgies que lorsqu'elles ont un caractère intermittent, de même aussi leur emploi n'est efficace contre la névralgie rhumatismale que quand elle est périodique. J'ai pourtant vu dans deux cas où le rhumatisme, sans cesser entièrement, présentait des exacerbations bien marquées, le sulfate de quinine diminuer rapidement ces dernières. Au reste, c'est à l'observation ultérieure qu'il appartient d'éclairer ce point important de pratique.

On a aussi employé contre le rhumatisme une foule de médicamens qu'on peut appeler mixtes, parce qu'il n'est possible ni de les classer, ni de déterminer leur action d'une manière positive. C'est l'expérience, ou, disons mieux, une sorte d'empirisme plus ou moins raisonné, qui règle leur emploi. Parmi ces médicamens on remarque :

Le colchique et ses diverses préparations. Quel est le praticien qui n'a pas entendu parler de l'emploi de ce médicament contre la goutte et le rhumatisme ? Comme il arrive souvent, les uns l'ont beaucoup vanté, d'autres l'ont constamment déprécié. Le fait est qu'en passant au crible d'une expérience positive et rigoureuse les nombreuses observations rapportées sur ce sujet, il est évident que, dans certains cas, les préparations de colchique ont obtenu des succès incontestables : mais outre que l'emploi de cette substance manque en général de précision, le plus difficile, le plus intolérable pour certains malades, c'est que le colchique détermine chez eux une irritation intestinale suivie de coliques et de purgations répétées, irritation dont j'ai vu quelquefois des suites fâcheuses. Il faut encore remarquer que, lorsqu'au prix de douleurs abdominales plus ou moins vives, on est parvenu à diminuer les douleurs du rhumatisme, et même à les faire disparaître, ce n'est parfois que pour un temps même assez limité. Qu'on se garde donc bien de regarder le colchique comme un spécifique de la maladie dont il est question ; il n'agit même guère, dans certains cas, qu'en déterminant ou des sueurs abondantes, ou une *diurèse* plus ou moins copieuse. Ce dernier résultat est quelquefois si prononcé, que quelques pathologistes ont pensé que le colchique guérissait le rhumatisme en enlevant l'excès d'acide urique contenu dans le sang. Cette opinion peut être reléguée dans le vaste champ de l'hypothèse, où il croît tant d'erreurs à côté de quelques vérités.

Le soufre. Tout récemment, un médecin anglais a beaucoup vanté l'emploi de cette substance à l'intérieur et à l'extérieur contre le rhumatisme ; mais les obser-

vations rapportées par ce médecin sont si peu nombreuses, si peu détaillées, par conséquent si peu authentiques, qu'il est besoin de nouveaux faits pour arrêter ses idées sur cet objet.

L'huile essentielle de térébenthine. Ce remède est dû à Cheyne. Il le donnait le matin, à jeun, à la dose de quatre gros d'huile éthérée de térébenthine mêlée au miel; puis il faisait boire ensuite une ou deux tasses de petit lait. Ce médicament, employé de nouveau à notre époque, surtout contre la sciatique, n'a pas toujours le succès qu'on s'en était promis. Cependant il est vrai de dire qu'il réussit dans certains cas, surtout si, étant donné à doses assez élevées, les malades peuvent le supporter sans avoir de coliques et des déjections alvines trop fortes. Il est, je crois, fort inutile de dire que ce médicament n'agit point par une qualité spécifique, mais bien en opérant une forte révulsion. Ce qui le prouve, c'est le résultat qu'on obtient dans la sciatique par des moyens analogues, et notamment par des lavemens purgatifs.

Les fumigations de camphre. Le malade étant recouvert d'une forte couverture de laine, on fait brûler du camphre en poudre jeté sur un réchaud placé sous cette couverture. Je doute pourtant que ce moyen agisse autrement que comme un bain de calorique propre à déterminer de fortes sueurs.

Le sous-carbonate de fer est beaucoup moins employé en France qu'en Angleterre, et il serait facile d'en assigner la raison. Le fait est qu'avec ce médicament on a obtenu contre diverses névralgies des succès qu'on ne pouvait espérer avec d'autres médicamens. Tout récemment, j'ai donné des soins à une dame affectée d'une névralgie rhumatismale à la tête; or, il n'est pas de praticien qui ignore combien cette affection est tenace et douloureuse. Eh bien! dans le cas dont il sagit, toute une foule de moyens avait été tentée sans succès; avec le sous-carbonate de fer seul, j'ai obtenu, sinon une entière guérison, au moins un allégement complet et prolongé.

On doit voir par cet exposé des principaux moyens employés contre le rhumatisme, d'abord, que ces médicamens sont très-variés, ce qui prouve qu'il n'y a point de spécifique; en second lieu, que ces médicamens sont indistinctement employés, soit qu'il s'agisse du rhumatisme proprement dit, soit qu'on veuille traiter ce qu'on appelle une névralgie; ce qui confirme l'identité de ces deux affections, identité que j'ai cherché à établir précédemment. Enfin, on a dû remarquer qu'il n'était nullement question dans cet exposé de l'émétique à haute dose, par la raison qu'on n'y a jamais recours dans les rhumatismes ordinaires, mais seulement contre ce qu'on nomme rhumatisme articulaire; or, je me suis expliqué sur la nature de cette inflammation. Si le puissant révulsif dont je viens de parler est de quelque efficacité dans cette dernière affection, il est absolument nul contre le rhumatisme ordinaire; aussi ne s'en sert-on jamais dans ce dernier cas : nouvelle preuve de la différence de ces deux maadies.

Quant aux moyens préservatifs de l'affection rhumatismale, ils sont beaucoup moins multipliés que les moyens curatifs, mais ils ont une influence plus directe, plus positive, quand ils sont employés avec discernement. Ce sera le sujet d'un nouvel article.

Reveillé Parise.

De la galvano-puncture dans le traitement de quelques maladies par diminution ou cessation de l'innervation.

Nous prenons pour texte de cet article un certain nombre de cas intéressans de maladies nerveuses traités par cette méthode et communiqués récemment à l'Académie des sciences par le docteur Fabré-Palaprat. Plusieurs de ces observations ont été vérifiées par les membres de cette compagnie, et quelques autres ont été suivis par nous, ou par des médecins estimables. Commençons par citer, avec les détails nécessaires, la plus curieuse de toutes. Elle a pour sujet le nommé Jules Roula, âgé de quarante-cinq ans, qui était atteint d'un mutisme presque complet à la suite d'une apoplexie qu'il avait éprouvée treize ans auparavant. L'acupuncture a été pratiquée sur ce malade dans la direction de la base du cerveau avec les résultats les plus heureux. L'aiguille, mise en communication avec le pôle négatif d'une forte pile voltaïque à courans interrompus, on a placé sur toute l'étendue de la langue une plaque de platine enveloppée d'un linge imbibé d'eau salée, et en communication avec le pôle positif de la pile. D'abord le malade a été frappé, à l'aide de cet appareil, de commotions graduées, qui sont bientôt devenues assez fortes pour lui faire ressentir de vives étincelles, un goût métallique insupportable et de violentes contractions de la langue et de l'arrière-bouche; ensuite les commotions ont été portées jusqu'au point d'exciter la contraction de l'estomac et des vomissemens. C'est alors que le muet, poussant un cri inusité, s'est jeté loin de l'appareil, en articulant d'une manière assez distincte et en répétant sans cesse ces mots : « Je parle! merci, monsieur le médecin; je parle! merci. » Le lendemain, l'opération reprise de la même manière, l'articulation des mots s'est faite avec plus de facilité. A la fin de la cinquième séance, la parole était entièrement revenue. Ce malade, présenté à l'Académie, a répété très-distinctement les phrases que M. Gay-Lussac lui a dictées, et a répondu aussi nettement aux questions de M. le président et du professeur Roux.

Une femme, paralysée depuis longues années et dans l'impossibilité, non-seulement d'exécuter aucun mouvement de progression, mais même de se soutenir sur les membres pelviens, a été traitée dans les salles de M. Ricord et sous les yeux de ce médecin par la galvano-puncture appropriée au siége de la maladie; après quelques séances, la malade pouvait marcher, et le quinzième jour elle se rendit de l'hôpital du Midi, où elle était traitée, au quai de l'École, sans autre appui

que le bras d'une fille de salle qu'on lui avait donnée pour l'accompagner.

Un troisième sujet, atteint depuis treize mois d'une amaurose si complète qu'en présence d'un soleil ardent ses yeux n'éprouvaient aucune impression, a recouvré la sensibilité de la rétine après quelques séances de galvano-puncture, au point qu'il ne pouvait plus regarder le soleil sans ressentir une impression extrêmement vive et que dans quelques semaines il a distingué certains objets bien éclairés, et même les aiguilles d'une montre.

D'autres faits, non moins curieux que ceux que nous venons de signaler, et que nous sommes obligés d'omettre, justifient de l'activité de l'agent galvanique dans une multitude d'affections par cessation ou diminution de l'innervation. Le difficile ici, comme en toute chose, c'est de l'employer à propos ; dans cette vue, il est bon de tenir compte d'un petit nombre de circonstances particulières relatives à l'opportunité de son intervention.

Nulle part son influence ne s'éprouve avec plus d'avantage que dans les cas où l'affection a franchi cette période où le système circulatoire est mis en jeu par la lésion du système nerveux ; toutes les fois qu'un mouvement fébrile accompagne la névrose, son activité tourne au préjudice du malade, et une pratique sage a grand soin de l'écarter. Cependant on aurait tort de croire que son efficacité suive la raison de l'ancienneté de la maladie, et que plus une affection nerveuse est de longue date, plus aussi l'action galvanique offre de chances de succès. Il y a entre l'état aigu et l'ancienneté par trop grande de la maladie une condition moyenne qui représente les cas les plus avantageux. Il est impossible de tracer d'avance cette mesure ; elle varie selon la nature de la maladie, selon les dispositions du malade et les circonstances où il est placé. Malgré la vérité de cette assertion que tous les faits confirment, l'état invétéré de l'affection n'est pas une contre-indication d'agir par le galvanisme ; il n'a d'autre effet que de diminuer le nombre des chances favorables, mais il n'interdit pas son secours. Il n'en est pas de même de l'état aigu des mêmes maladies ; celui-ci contre-indique formellement l'emploi de ce moyen.

Le galvanisme n'a guère été employé avec succès que dans les cas où les phénomènes d'innervation se bornaient à une ou plusieurs parties bien déterminées. On ne sait pas encore ce qu'il pourrait produire dans les affections nerveuses générales ; on y aura donc recours avec avantage tant dans les névroses dans lesquelles la sensibilité est compromise, que contre celles qui portent spécialement sur la contractilité. On conçoit qu'il n'a pas moins de ressources dans les circonstances où la maladie attaque simultanément ces deux facultés. Il faut juger d'après l'ensemble de ces principes les indications et les contre-indications de son usage suivant l'âge, le sexe, le tempérament et les individus.

Plus un individu est fort et robuste, moins il réussit, si l'on n'a eu la précaution de l'affaiblir modérément à l'aide d'une ou de plusieurs saignées préliminaires. Il faut prendre garde néanmoins de pousser trop loin cet affaiblissement, car le galvanisme, comme tous les agens thérapeutiques sans exception, exige, pour produire son effet curatif, que la nature réagisse sur son impression. C'est une loi générale que les médecins n'enfreignent jamais qu'au détriment des malades. Indépendamment de la contre-indication apportée par l'exubérance des forces, une susceptibilité trop active du système nerveux ne s'oppose pas moins à l'action curative du galvanisme. Cette susceptibilité se trouve chez les enfans, et surtout chez les femmes, comme chez quelques hommes placés dans des conditions analogues par la force de leur tempérament ou par leurs dispositions.

Le mode d'administration de la galvano-puncture suppose un certain nombre d'instrumens et un appareil particulier faciles à se procurer. Les plus essentiels sont une pile galvanique, des conducteurs et des aiguilles à acupuncture. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que la pile est le réservoir de l'électricité qu'on veut employer ; que les conducteurs la transmettent partout où elle est nécessaire, et que les aiguilles à acupunctures ajoutent à l'avantage des conducteurs ordinaires celui de porter directement et sans intermédiaires l'électricité de la pile sur tel ou tel point de la surface ou de l'intérieur du corps qu'on a besoin d'électriser. Les aiguilles sont, comme celles de l'acupuncture simple, en or, en platine, en argent ou en acier ; elles sont longues de deux, trois, quatre pouces, très-fines, et très-flexibles. C'est à ces dernières propriétés qu'elles doivent de pouvoir s'insinuer à travers les tissus organiques sans les irriter et sans les déchirer. On sent aussi que, lors de leur introduction dans les chairs, elles occasionnent très-peu de douleurs, à moins qu'elles ne soient implantées dans la substance propre des nerfs. La pile électrique se compose aussi, comme les piles ordinaires, d'un certain nombre de paires métalliques de métaux différens, zinc et cuivre, disposées, à huit ou dix lignes de distance, dans une auge que l'on remplit d'eau acidulée quand on veut mettre l'électricité en jeu ; on n'a ensuite, pour porter son action sur les corps, qu'à mettre en communication avec les disques les deux pôles de la pile, au moyen de conducteurs métalliques.

La manière de se conduire, quand on y joint l'acupuncture, consiste : premièrement, à introduire dans l'un des points de l'organe qu'on veut galvaniser une première aiguille. Cette introduction se fait en la roulant entre les doigts en même temps qu'on lui imprime un léger mouvement de pression pour la faire pénétrer à travers la peau jusqu'à l'organe où l'on veut porter l'électricité ; une seconde aiguille est introduite de la même manière sur un autre point du même organe : les aiguilles elles-mêmes, mises en rapport avec les deux pôles de la pile, l'organe, sujet de l'expérience, se trouve cerné par les dégagemens continuels de l'électricité écoulée de la pile et parcouru dans tous les sens par les courans de ce fluide. Il ne faut pas perdre de vue que la force de cet appareil dépend exclusivement

du nombre et de la largeur des plaques métalliques qui se trouvent entre les deux conducteurs, nombre que l'on peut augmenter ou diminuer en rapprochant ou en éloignant les conducteurs, de manière que, pour renforcer ou pour affaiblir l'action, il suffit d'embrasser dans le cercle galvanique un plus ou moins grand nombre de plaques.

On usera de l'action de ce moyen d'après les principes de l'application des remèdes les plus énergiques, c'est-à-dire qu'on commencera par n'envoyer à l'organe malade que de faibles doses d'électricité, pour s'élever progressivement à des doses plus fortes. On soutiendra ou l'on suspendra pareillement les impressions de cet agent suivant la tolérance de la partie affectée. Le moyen d'enrayer subitement l'action de cet agent est très-simple : il suffit d'interrompre la communication établie par les conducteurs entre les deux pôles de la pile.

Les avantages de la galvano-puncture sont plus considérables que ceux qu'on obtient isolément par le galvanisme et par l'acupuncture. L'acupuncture seule ne met en jeu qu'une force électro-motrice infiniment petite, et le galvanisme, également isolé, ne permet pas de diriger toujours convenablement le fluide électrique. La galvano-puncture, au contraire, produit à la fois le double effet de provoquer au gré des praticiens un développement plus ou moins considérable de force électrique, et de l'appliquer précisément en la dirigeant, à l'aide des aiguilles, partout où le besoin l'exige.

L'action de la galvano-puncture se compose de deux ordres d'effets : les uns se montrent immédiatement sur la partie soumise aux expériences, les autres, beaucoup plus tardifs, ne sont appréciés que plus ou moins long-temps après l'emploi de cet agent. Les premiers effets représentent les sensations de toute espèce que le malade éprouve sur le point galvanisé, depuis le simple chatouillement jusqu'aux commotions les plus fortes et même au brûlement. Quelquefois encore la galvano-puncture gonfle et tuméfie le tissu des organes, mais en général cette phlogose est passagère et ne procure aucun danger. Les conséquences les plus importantes de la galvano-puncture sont celles qui résultent des modifications profondes qu'elle exerce sur les tissus soumis à son activité, et surtout sur les grands centres nerveux dont elle réveille l'action et rétablit l'influence. C.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur l'emploi et les effets thérapeutiques du muriate de baryte.

Il a été dit dernièrement quelques mots dans ce journal sur les essais auxquels M. Lisfranc se livre actuellement à la Pitié avec le muriate de baryte contre les tumeurs blanches et les autres affections scrofuleuses. Cet agent thérapeutique occupant déjà, à mon avis, depuis long-temps, sans nouvelles expériences, une place assez élevée dans la thérapeutique chirurgicale et médicale, je crois utile aux médecins, dans cette circonstance, de tracer l'histoire de ce médicament.

§ I. *Historique.* — L'emploi du sel de baryte en médecine date de 1789. C'est au célèbre Crawford, médecin de l'hôpital Saint-Thomas, qu'on doit d'avoir le premier employé ce remède contre les scrofules. Il publia dix-sept observations de guérisons radicales de scrofuleux très-grièvement atteints obtenues à l'aide du muriate de baryte, administré intérieurement (*V. Medi. comment.*, *London*, 1789, t. 2.) Les guérisons inespérées obtenues par Crawford déterminèrent plusieurs chirurgiens du même hôpital à traiter de la sorte les tumeurs blanches articulaires, le mal vertébral de Pott, et une foule d'autres maladies scrofuleuses.

Plus tard, le docteur Duncan, soupçonnant que les effets obtenus par Crawford pouvaient en grande partie dépendre d'un peu de fer qui se trouverait combiné à l'hydrochlorate de baryte, administra ce remède à l'état de pureté chez plusieurs scrofuleux ; il confirma pleinement les résultats de son compatriote.

En 1791, plusieurs professeurs de l'université d'Édimbourg firent publiquement des expériences cliniques avec le remède en question, dans le but de s'assurer des effets indiqués par Crawford. Un médecin très-distingué de l'Italie, qui se trouvait alors à Édimbourg, M. le professeur Scassi, en rendit compte dans les Mémoires de la société médicale d'émulation de Gênes en 1805. Il y ajouta le résultat de sa propre expérience sur cette matière, et cita aussi quelques essais satisfaisans qui avaient été faits postérieurement par Hufeland avec le muriate de baryte, dans le traitement des scrofules.

C'est en 1809 pourtant que parut le travail le plus intéressant et le plus complet sur les usages et les effets thérapeutiques du muriate de baryte. Ce travail est celui de M. Scassi, doyen et professeur de l'université de Gênes. Il est intitulé : *Dissertazione sull'uso del muriato de barite*, brochure in-8° de 113 pages. Genova, 1809.

Dans cette brochure, que nous avons sous les yeux, on lit vingt-deux observations très-détaillées et très-authentiques de guérisons de scrofuleux très-grièvement atteints obtenues, à l'aide du muriate de baryte, par l'auteur lui-même et par plusieurs autres cliniciens des plus distingués de l'Italie, tels que MM. Mojon, Mongiardini, Ferrari, Carminati, etc. Parmi les observations appartenant à l'illustre professeur Mojon, nous en trouvons qui se rapportent à des cas d'ulcères scrofuleux atoniques et d'engorgemens glandulaires de même nature, que ce praticien guérit en employant le muriate de baryte extérieurement et intérieurement à la fois. Nous indiquerons ci-après les formules que chacun de ces médecins a suivies dans l'administration du remède. Nous devons ajouter pourtant que, dans les cas

où le muriate de baryte n'avait pu être supporté par un estomac trop sensible, M. le professeur Mojon y a substitué avec avantage le muriate de chaux, à la dose de deux ou trois gros par jour, dans une pinte d'eau distillée.

Depuis cette époque, le muriate de baryte a été généralement employé en Italie, et il l'est encore actuellement, par la plupart des médecins italiens, dans le traitement des affections scrofuleuses médicales et chirurgicales.

§ II. *Composition et propriétés physiques.* — Le muriate de baryte est un sel composé de 24 parties d'acide muriatique, 60 de baryte et 16 d'eau. Appliqué sur la langue, il donne un goût piquant et très-âcre. Il est inaltérable à l'air et soluble dans six fois son poids d'eau à la température atmosphérique. Il se dissout plus facilement dans l'eau bouillante que dans l'eau froide. La découverte de ce sel est attribuée à Schéele. Bergmann prétend avoir reconnu la présence du muriate de baryte dans plusieurs espèces d'eaux minérales.

Pour préparer le muriate de baryte, les pharmaciens de l'Italie suivent généralement l'un des deux procédés suivans :

Premier procédé.

Prenez :	Sulfate de baryte pulvérisé.	8 parties.
	Charbon en poudre.	2 part. et demie.

Mêlez et humectez avec huile de térébentine, q. s.

Exposez le tout à un feu de réverbération pendant trois à quatre heures, jusqu'à calcination.

Laissez refroidir le creuset, puis délayez la masse dans soixante-douze parties d'eau bouillante ; filtrez et décomposez le tout avec acide muriatique q. s

Filtrez de nouveau et laissez évaporer le liquide obtenu. Ce liquide, en s'évaporant, forme une pellicule et se cristallise.

Deuxième procédé.

Prenez :	Muriate de chaux pulvérisé Sulfate de baryte en poudre	parties égales.

Jetez de cette poudre par cuillerées dans un creuset enflammé. Aussitôt que la masse est en fusion, coulez sur une planche de fer chaude et laissez refroidir; puis on pulvérise, on délaie dans de l'eau, on décante plusieurs fois, on filtre et on laisse cristalliser.

Les pharmaciens italiens tiennent ordinairement toute prête l'eau barytique, saturée à son maximum de muriate de baryte, ce qui se fait en dissolvant une partie de ce sel dans cinq parties d'eau.

§ III. *Administration.* — Intérieurement, le muriate de baryte a été donné en solution et par doses graduellement croissantes, mais on a à cet égard suivi des formules différentes qu'il est important de connaître.

Eau barytique de M. Scassi, à son maximum de saturation.

Prenez :	Muriate de baryte pur.	1 gros.

Dissolvez dans cinq gros d'eau distillée (1).

On donne cette eau depuis quatre gouttes jusqu'à cinquante ou soixante par jour, dans une cuillerée d'eau sucrée, ou bien dans une tisane ou un sirop quelconque, etc. Il est bon de ne commencer que par de petites doses (deux ou trois gouttes le matin et autant le soir), car l'estomac se révolte facilement contre la présence de ce remède. Un excellent moyen pour établir la tolérance de l'estomac dans ces cas, c'est de donner l'eau barytique dans un peu d'eau de mélisse alongée d'eau simple, et en y ajoutant un peu de sirop de cannelle. On peut aussi l'administrer dans du vin de Malaga, si rien ne s'y oppose. Le maximum de la dose à laquelle on peut arriver est indiqué par l'état de l'estomac ; il faut s'arrêter ou rétrograder dans la quantité du remède du moment que son administration est suivie de nausées ou de vomissemens.

D'après les faits publiés pas M. Scassi, il résulte que cette forme du remède ne permet que rarement de passer la dose de quarante gouttes par jour chez les enfans, et un peu plus chez les adultes. Il serait pourtant possible d'augmenter au besoin la tolérance de l'estomac en ajoutant dans chaque prise d'eau barytique du sirop de pavot blanc ou de diacode, et en dulcifiant beaucoup la potion avec du sucre, ainsi qu'on le fait déjà pour le tartre stibié. Je ne puis pas m'empêcher d'exprimer ici mon étonnement à l'égard des doses énormes auxquelles quelques personnes assurent avoir donné le muriate de baryte. Il serait à désirer que ces personnes s'expliquassent sur le mode d'administration du médicament qu'elles ont suivi, car on sait que cette substance est un poison des plus puissans, et son usage inconsidéré pourrait avoir des suites très-graves. Est-ce que par hasard le muriate du baryte se comporterait à l'égard de l'estomac comme le tartre stibié ? Chez les enfans à la mamelle, dont l'état de santé exigeait l'usage du médicament en question, plusieurs médecins italiens, MM. Scassi et Mojon entre autres, on administré avec un plein succès l'eau barytiquée à la nourrice, bien portante d'ailleurs, à la dose de trente ou quarante gouttes par jour, et les effets ont été aussi marqués chez l'enfant que chez les personnes auxquelles le remède était donné immédiatement par la bouche.

Rien ne doit empêcher du reste de joindre au sel de baryte les autres remèdes ordinairement employés con-

(1) Il est important que le sel dont on se sert soit parfaitement orthodoxe, c'est-à-dire dépourvu de tout élément cuivreux ou ferrugineux. Il est d'ailleurs facile de s'assurer si l'eau barytique dont on fait usage est pure en y versant quelques gouttes d'ammoniaque ou bien de solution de potasse ou d'acide gallique. Le mélange devient azuré dans le premier cas, s'il y a du cuivre, et bleu ou noir dans le second, s'il y a du fer.

tre les affections scrofuleuses, tels que le bon air, le régime analeptique, les boissons toniques, la gymnastique, s'il n'y a point de contre-indications particulières, etc.

Eau barytique de M. le professeur Mojon.

Prenez :	Muriate de baryte.	2 grains.
	Eau distillée.	6 onces.

Dissolvez.

Pour un enfant de deux à huit ans, on en prescrit une cuillerée à café, de trois heures en trois heures, dans un peu d'eau sucrée, de manière à consommer par jour le quart de la dose ci-dessus; ce qui fait un demi-grain de sel barytique par vingt-quatre heures. On en augmente graduellement la dose chez l'adulte, en tenant compte de l'état de l'estomac, ainsi que nous venons de le dire. Dans une des observations de M. Mojon, l'on rapporte que ce praticien n'a jamais pu passer la dose de quatre grains par jour chez les nombreux malades qu'il eut l'occasion de traiter et de guérir de la scrofule.

Eau barytique de M. Mongiardini.

Prenez :	Muriate de baryte.	6 grains.
	Eau distillée.	2 onces.

Dissolvez.

A prendre quatre gouttes le matin et autant le soir dans une tasse de bouillon. On en augmente par degré la dose.

De ces trois modes d'administrer la solution de baryte, celui de M. Mojon nous paraît le plus précis, car on peut dans la formule calculer avec exactitude la quantité de médicament qu'on donne.

Le muriate de baryte pourrait aussi être donné intérieurement en pilules, en y joignant un peu d'opium, ainsi qu'on le fait déjà pour le sublimé corrosif. Cette dernière manière d'administrer le remède est peut-être plus commode pour le goût des malades pour la tolérance de l'estomac. C'est peut-être sous la forme pilulaire que l'ont donné les personnes qui assurent en avoir poussé les doses très-loin ; mais il est douteux que cette dernière forme soit ici aussi efficace que la précédente. D'ailleurs aux enfans en bas âge on ne peut faire prendre le médicament qu'en solution.

Extérieurement, le muriate de baryte a été employé en lotions, en fomentations, et sous forme de collyre pour les *ophthalmies purulentes scrofuleuses.*

L'idée d'employer extérieurement le sel barytique est due à M. Mojon. Ce praticien traita avec un succès remarquable des ulcères scrofuleux et atoniques de la surface du corps, en les lotionant avec l'eau saturée de muriate de baryte, et en les fomentant ensuite avec des plumaceaux de charpie trempée dans la même solution. (V. la formule ci-dessus de M. Scassi.) On a aussi obtenu des effets fort avantageux dans différens hôpitaux d'Italie en traitant toutes les espèces de tumeurs scrofuleuses par l'application de compresses trempées dans une forte solution d'hydrochlorate de baryte. Il va sans dire que ces fomentations et ces lotions ne doivent pas empêcher l'usage intérieur du même remède.

Collyre barytique contre la blépharorrhée scrofuleuse.

Prenez :	Muriate de baryte.	demi-scrupule.
	Eau distillée.	1 once.
Ajoutez :	Mucilage de semence de coing.	2 gros.
	Laudanum de Rousseau.	demi-gros.

On lave les paupières plusieurs fois par jour avec ce collyre, en en faisant tomber quelques gouttes dans la gouttière palpébrale.

§ IV. *Effets physiologiques.* — En lisant attentivement les observations qui ont été publiées sur l'usage du muriate de baryte, on ne peut s'empêcher de noter les effets suivans :

1° Tantôt *des selles abondantes* et diarrhéiques, mais sans coliques. Ces selles n'ont pas lieu toujours ; le médicament produit même quelquefois la constipation, ou du moins il dissipe la diarrhée colliquative qui existait parfois avant le traitement. Dans plusieurs cas de constipation opiniâtre chez des sujets scrofuleux, l'eau barytique provoqua des selles naturelles et normales.

2° Tantôt *des urines en abondance.* Cet effet est aussi fréquent que le précédent ; l'un de ces effets succède même à l'autre quelquefois. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les urines, si elles étaient troubles et fétides avant le traitement, deviennent constamment limpides et inodores par l'usage de la baryte. Dans quelques cas, la quantité d'urine provoquée par le remède excédait de beaucoup et la boisson et le liquide contenus dans la nourriture, de manière à imiter un flux diabétique. Cette urine pourtant, analysée par un des chimistes les plus habiles de l'Italie, n'a rien présenté de semblable dans sa composition à l'urine du diabète. Gardée pendant six jours à une température de 17 degrés Réaumur au-dessus de zéro, le liquide urinaire des scrofuleux traités par la baryte ne subit pas la putréfaction ordinaire à l'urine normale ; au lieu d'exhaler une forte odeur d'ammoniaque et de déposer une grande quantité de sels au fond du vase, l'urine en question reste diaphane et presque sans odeur. L'analyse chimique n'y a découvert qu'une très-minime proportion de sels et pas un seul atome de baryte, auquel on aurait pu imputer l'imputrescibilité dont nous venons de parler.

3° Tantôt *des sueurs abondantes*, qui remplacent le flux urinaire ou ventral, ou bien qui sont à leur tour remplacées par un de ces derniers effets. Il est à remarquer que c'est dans ces cas, lorsque la sueur artificielle affaiblissait les malades, qu'on a joint avec avantage la décoction de quinquina à l'eau barytique. On a vu pourtant, d'un autre côté, des scrofuleux, au dernier degré de marasme, minés par la fièvre hectique

et des sueurs nocturnes, guérir en peu de temps de leurs sueurs, de leur fièvre et de leur mal diathésique sous l'usage du sel de baryte. Il y a plus : dans une foule de cas, lorsque les sueurs barytiques étaient arrivées au point de devenir incommodes, on les a vu tout-à-coup disparaître, sans que le traitement eût été changé, et être remplacées par le flux urinaire ou diarrhéique.

4° Tantôt enfin il survient *une éruption boutonneuse* à la peau, sans prurit, qui se dissipe bientôt avec le principe même et les effets de virus scrofuleux.

La durée du traitement, dans les cas que nous venons de citer, a été d'un à quatre mois. La guérison a été toujours radicale dans toutes les formes de la scrofule constitutionnelle. Les lésions organiques locales ont éprouvé constamment une amélioration marquée sous l'influence de la baryte.

Quant aux circonstances particulières des *malades guéris* sous l'influence de ce traitement par les praticiens recommandables que je viens de citer, voici ce qu'on y note :

1° Des enfans des deux sexes, depuis l'âge d'un an jusqu'à quatorze, présentant, les uns des chapelets de glandes lymphatiques, suppurées ou en voie de suppuration au cou, aux aisselles, aux aînes ; une constitution détériorée, langueur générale, cachexie manifeste, engorgemens mésentériques, des fistules dans les différentes parties du corps, etc. ; les autres, évidemment rachitiques, dans le marasme le plus complet, fièvre hectique, sueurs nocturnes, crachement puriforme, apparence d'une mort certaine.

2° Des hommes et des femmes de différens âges, affectés depuis plusieurs années, les uns d'éruptions dartreuses rebelles aux autres traitemens, de taches hépatiques et d'obstruction manifeste du foie ; les autres de pustules syphilitiques sur tout le corps et d'engorgement squirrheux de l'épiderme, qui avaient résisté au mercure, de tumeurs dures au sein, qui avaient été jugées squirrheuses, etc., etc.

La source authentique d'où ces faits émanent rend incontestables les assertions qui précèdent, et nous encouragent à imiter les praticiens distingués que je viens de citer. ROGNETTA.

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

DES EAUX MINÉRALES ARTIFICIELLES ET NATURELLES, PAR M. SOUBEIRAN.

De l'introduction des sels dans les eaux minérales.

La première difficulté qui se présente quand on veut préparer une eau artificielle chargée de matière saline est celle de savoir en quel état les sels existent réellement dans l'eau naturelle que l'on veut reproduire. Ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire, l'analyse fait bien connaître la nature et la quantité des bases et des acides qui se trouvent réunis ; mais nous en sommes réduits à des hypothèses plus ou moins probables sur la manière dont tous ces élémens sont combinés entre eux. Ne pouvant résoudre cette difficulté, on l'a négligée, et l'on est convenu en quelque sorte que, lorsqu'on a réuni dans une eau minérale les élémens que l'analyse y fait trouver, on est arrivé à une imitation assez fidèle. Remarquons que, lorsqu'il existe dans une eau minérale une base et un acide en quantité prédominante, il ne peut rester aucun doute sur l'existence de la combinaison qu'ils ont formée entre eux.

Si les sels qui entrent dans une eau minérale sont tous solubles, la fabrication consiste dans une simple dissolution ; par exemple, l'eau de Barege, de Cauterets, l'eau de la mer. Si l'eau minérale est en même temps acidule, on en remplit le tonneau et l'on charge de gaz acide, si on opère par la méthode de Genève : on la fait soutirer par la pompe en même temps que le gaz, quand on se sert de l'appareil de Bramah. Si la proportion des sels n'est pas très-considérable, on peut encore les dissoudre dans une petite quantite d'eau, les introduire à l'avance dans les bouteilles et achever de remplir celles-ci d'une eau gazeuse simple. Nous citons comme exemple la fabrication de l'eau de Seltz.

Quand une eau minérale n'a fourni à l'analyse que des sels insolubles, ces sels ne peuvent être que des carbonates, qui existaient dans l'eau à l'état de bi-carbonates ; il faut les redissoudre par un excès d'acide carbonique. Il n'existe pas d'eau minérale qui ne contienne que ce genre de sels ; mais comme la manière de reproduire ces bi-carbonates reste souvent la même, quand ces carbonates insolubles sont mêlés à d'autres sels, nous allons la décrire une fois pour toutes.

Les carbonates de chaux, de magnésie et de fer, se trouvent communément dans les eaux ; ils se dissolvent facilement dans un excès d'acide carbonique. Pour peu que la proportion en soit considérable, il faut assurer leur dissolution en les employant à cet état d'extrême division qui résulte de la précipitation chimique. On précipite à froid une dissolution de magnésie purifiée ou de muriate de chaux pur, par du carbonate de soude ; on lave le précipité à plusieurs reprises pour le débarrasser des sels étrangers, et on le fait égoutter sur une toile. Pour apprécier la quantité réelle de carbonate que contient l'espèce de bouillie épaisse que l'on s'est procurée, il faut en prendre une certaine quantité et la calciner fortement : 1° partie de produit magnésien représente 2,05 de carbonate de magnésie, et 2,24 de magnésie blanche ; 1 partie de précipité calcaire, chauffé fortement au rouge, représente 1,777 de carbonate de chaux.

On peut opérer de même pour le carbonate de manganèse, parce qu'il peut être lavé au contact de l'air sans éprouver d'altération. Quant au carbonate de fer, comme il absorbe rapidement l'oxigène de l'air, et qu'après cette oxidation il ne peut plus se dissoudre dans l'acide carbonique, on le prépare au moment du besoin en introduisant successivement dans les bouteilles une dissolution de sulfate de fer et une dissolution de car-

bonate de soude. On se hâte de remplir avec l'eau gazeuse. La petite quantité de sulfate de soude que cette manœuvre introduit dans les eaux ne peut rien changer aux résultats médicinaux.

Il est presque impossible d'éviter qu'une partie du carbonate de fer ne s'oxigène et ne refuse alors de se dissoudre ; aussi je préfère mettre dans les bouteilles la dissolution du sel de fer soluble et y introduire l'eau gazeuse chargée du carbonate de soude qui doit le décomposer.

Une fois les carbonates obtenus, on les délaie dans l'eau ; s'ils sont en petite proportion, on les introduit dans les bouteilles que l'on remplit d'eau gazeuse ; mais quand ils doivent entrer dans l'eau minérale à une forte dose, l'appareil de Genève a une supériorité marquée. On les délaie dans le tonneau même, l'on charge l'eau carbonique et l'on agite de temps en temps. Comme on peut prolonger plus long-temps le contact de l'eau acidule et des carbonates, leur dissolution complète est plus assurée.

Lorsqu'une eau minérale a donné en même temps à l'analyse des sels solubles et des sels insolubles, si l'on peut, par un échange des bases et des acides, tout convertir en sels solubles, on ne manque pas de le faire pour rendre la préparation plus facile. Par exemple, l'eau de Saint-Nectaire contient du carbonate de chaux, du carbonate de magnésie et du carbonate de fer, tous trois insolubles ; mais elle contient en même temps du sel marin et du sulfate de soude : on en profite pour faire un échange entre les sels insolubles et les sels de soude ; le carbonate de chaux et une partie du sel marin disparaissent pour donner naissance à du carbonate de soude et à de l'hydrochlorate de chaux ; le carbonate de magnésie et une quantité proportionnelle de sel marin donnent de l'hydrochlorate de magnésie et du carbonate de soude ; enfin, de l'échange entre le carbonate de fer et le sulfate de soude résulte du sulfate de fer et du carbonate de soude, qui sont tous deux solubles dans l'eau.

La formule de l'eau artificielle ayant été établie sur des principes, voici la manipulation qu'il faut suivre. Avec l'appareil de Genève, on fait des dissolutions séparées pour tous les sels qui pourraient se décomposer mutuellement ; on introduit toutes ces dissolutions dans le tonneau et l'on charge d'acide carbonique. Les carbonates insolubles qui se reforment au moment du mélange de dissolution sont redissous par le gaz carbonique. Avec l'appareil de Bramah, on fait absorber par la pompe la liqueur trouble qui résulte des liqueurs salines ; dans l'un et l'autre système on peut encore mettre dans les bouteilles la dissolution d'une partie des sels, tandis que les autres sont introduits dans le réservoir suivant la méthode ordinaire. Le mélange des substances salines ne se fait alors que dans un liquide sursaturé d'acide carbonique, et il n'apparaît aucun précipité. Avec l'un et l'autre appareil on peut encore faire des dissolutions concentrées et séparées de chaque genre de sels, les mélanger ensemble et partager le mélange trouble dans les bouteilles que l'on remplit alors d'une eau gazeuse simple. Toutes ces manipulations sont également bonnes, et je ne vois d'autre raison de donner la préférence à la dernière que le désir de conserver plus long-temps, sans altération, l'appareil, qui est attaqué plus vite par des dissolutions salines que par l'eau pure. Cependant l'introduction des matières dans le tonneau même mérite la préférence, quand les carbonates terreux sont abondans.

Il arrive que la composition des eaux ne permet pas de convertir tous les sels en sels solubles : si la proportion des principes qui manquent est faible, on peut l'ajouter sans inconvénient. C'est ainsi que dans l'eau de Forges il manque de sulfate ou de muriate de soude pour changer le carbonate de fer en un sel soluble ; on introduit cependant le fer à l'état de sulfate, et l'on ajoute la quantité de carbonate de soude nécessaire pour le décomposer ; il en résulte que l'eau renferme un peu de sulfate de soude qu'elle ne devrait pas contenir, mais en quantité si faible que l'on peut facilement n'y pas faire attention.

Enfin, lorsque dans une eau minérale la proportion des sels insolubles est considérable, il faut les préparer par double décomposition. On les délaie dans la dissolution des sels solubles ou dans un peu d'eau, et l'on opère ainsi que nous l'avons dit précédemment. On pourra consulter comme exemple la préparation de l'eau de Contrexeville.

Introduction de la silice et des matières organiques dans les eaux minérales. On ne peut penser à introduire les *matières organiques* dans les eaux minérales, parce que nous ne savons pas le reproduire artificiellement.

Quant à la silice, il est assez difficile de la faire entrer dans les eaux ; heureusement qu'il y a peu d'intérêt à le faire. Quand les eaux contiennent du carbonate de soude, on peut faire bouillir la silice gélatineuse dans la dissolution du carbonate : elle s'y dissout en proportion plus que suffisante ; mais cette dissolution de silice est précipitée par l'acide carbonique ; de sorte que ce procédé n'est pas applicable aux eaux minérales les plus employées.

De la préparation des eaux sulfureuses. Les eaux sulfureuses contiennent de l'hydrogène sulfuré où des hydrosulfates, ou en même temps de l'hydrogène sulfuré et des hydrosulfates, ou bien encore de l'hydrogène sulfuré et de l'acide carbonique.

Quand une eau sulfureuse, contient des sels et de l'hydrogène sulfuré, on fait une dissolution des sels dans l'eau, et d'une autre part on prépare une dissolution saturée d'hydrogène sulfuré, en faisant traverser pendant long-temps de l'eau par un courant de ce gaz. On n'arrête l'opération que lorsqu'on s'aperçoit que depuis long-temps déjà l'eau cesse d'en dissoudre. Cette eau hydrosulfurée saturée contient deux fois et demi son volume de gaz. On part de cette donnée pour calculer la quantité qui doit entrer dans chaque bouteille d'eau minérale ; on introduit cette eau dans les bouteilles et on achève de remplir avec la dissolutions que les sels fixes ont fourni. Une condition essentielle de succès

dans la préparation de ces eaux, de même que pour toutes les autres espèces d'eaux sulfureuses, c'est de se servir d'eau privée d'air; on se la procure en soumettant l'eau qui doit être employée à une ébullition un peu prolongée, et en la laissant refroidir dans des vases fermés. L'oxigène de l'air aurait pour effet de brûler l'hydrogène de gaz hépatique et de déterminer un dépôt de soufre, en même que l'eau perdrait une partie de ses propriétés.

Hydrosulfate. L'hydrosulfate de soude est le seul qui ait, jusqu'à présent, été introduit dans les eaux. On l'obtient en faisant passer un courant d'hydrogène sulfuré dans une dissolution de soude caustique marquant 25° à l'aréomètre. Quand la liqueur est saturée, elle ne tarde pas à se prendre presque en masse: on la verse sur un entonnoir pour faire égoutter les cristaux, et on la renferme promptement dans des bocaux de petite dimension, que l'on bouche aussitôt avec une grande attention, car ce sel est très-altérable à l'air.

Cet hydrosulfate de soude est formé de 1 atome de sulfure de sodium,	492,08
9 atomes d'eau,	1012,32
suivant l'analyse de M. Boudet.	1504,40

Comme il est extrêmement soluble, on l'introduit dans les eaux minérales sans difficulté.

L'introduction simultanée de l'hydrosulfate de soude et de l'hydrogène sulfuré dans les eaux minérales s'obtient de la même manière que si chacun de ces corps devait y entrer séparément.

Quand une eau minérale contient en même temps de l'acide carbonique et de l'hydrogène sulfuré, il faut préparer de l'eau gazeuse et saline à la manière ordinaire, mais avec de l'eau privée d'air. On en remplit des bouteilles, en ayant soin de laisser un espace vide pour recevoir la dissolution concentrée d'hydrogène sulfuré. Au moment où l'on élève la bouteille du robinet, on y ajoute vivement l'eau hydrosulfurée, et l'on bouche de suite. On perd ici moins de gaz hépatique que si l'on mettait d'abord l'eau qui en est chargée dans les bouteilles, parce que le courant d'acide carbonique qui se dégage continuellement entraînerait avec lui une assez forte proportion d'hydrogène sulfuré (1).

SOUBEIRAN.

N° 16. — 30 AOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'action thérapeutique des émétiques.

Les émétiques constituent une des médications les plus actives que possède la thérapeutique; c'est aussi celle de toutes dont l'usage revient le plus souvent. La médecine physiologique, qui les avait entièrement bannis de ses prescriptions, avait privé la médecine de l'un de ses agens dont on pourrait dire avec autant de raison que Sydenham le disait de l'opium, que la pratique médicale serait boiteuse s'ils ne la soutenaient de leur activité. Nous savons en effet combien d'affections naissantes échappaient, faute de recourir aux émétiques, à l'action des antiphlogistiques, et combien de maladies avaient des suites fâcheuses, faute d'avoir su leur opposer à temps ce puissant moyen de guérison. Parmi les erreurs dont le bon sens des médecins de notre époque a su faire justice, il faut compter au premier rang l'anathème lancé si légèrement contre ces agens. De toutes parts aujourd'hui on les utilise avec empressement, toutes les fois que l'indication paraît assez précise, sans se laisser intimider par ces terreurs de gastrite auxquelles on avait si long-temps sacrifié.

Il est pourtant des bornes au bien qu'on peut faire avec ces agens, passé lesquelles, ils tournent leur activité contre les malades et sont aussi dangereux qu'ils deviennent utiles quand ils interviennent à propos. A l'espèce de vogue qu'obtiennent depuis quelques mois les évacuans gastriques, on peut juger les changemens qui se sont opérés dans les opinions médicales. Dans les beaux temps de la médecine physiologique, les sangsues passaient pour la panacée universelle; en appliquant des sangsues, on croyait conjurer toutes les maladies et se guérir de tous les maux; à la moindre indisposition, contre toute espèce de malaise, on procédait par des sangsues, et l'on était tranquille sur les conséquences de cette médication préventive. De nos jours, au contraire, les évacuans gastriques sont en pleine faveur. Nous voyons, dans un grand nombre d'hôpitaux de la capitale, les élèves, émerveillés des succès obtenus par ces remèdes, s'administrer des purgatifs aussi libéralement et avec autant de confiance qu'ils se tiraient jadis du sang. Gardons-nous cependant de tout engouement pour aucune espèce de remède, et disons des évacuans gastriques ce que nous avons dit des antiphlogistiques, qu'ils sont les uns et les autres des moyens thérapeutiques héroïques, à la condition expresse de savoir reconnaître quand ils sont nuisibles et quand il faut les employer. Occupons-nous dans ce moment des émétiques; dans une autre circonstance nous tracerons les principes généraux de l'administration des purgatifs.

Les émétiques ont une action extrêmement compliquée; d'abord ils renversent le mouvement péristaltique du tube digestif; secondement, ils déblaient l'estomac et la portion duodénale de l'intestin grêle des sucs gastriques et bilieux qu'ils renferment; enfin, ils impriment dans toute la machine une commotion vive, qui retentit plus particulièrement dans l'appareil des organes abdominaux. Tous ces effets s'observent à la fois à l'instant où l'émétique opère.

La première indication des vomitifs se déduit du besoin d'évacuer le tube digestif des matières hétérogènes, bilieuses, muqueuses ou autres, apportées par le

(1) dans le prochain numéro, nous donnerons les formules pour la préparation de quelques eaux minérales artificielles les plus employées. (*Note du réd.*)

travail de l'assimilation du côté de l'ouverture extérieure des voies gastriques, comme pour solliciter leur expulsion. De quelque manière que se forment ces matières, de quelque part qu'elles proviennent, il n'est pas douteux qu'elles se présentent assez souvent en masse dans la partie supérieure de l'estomac, d'où elles sont rejetées quelquefois spontanément avec un grand avantage. Les anciens avaient très-bien saisi les signes de la présence de ces matières et l'indication du besoin de les évacuer. On se rappelle à cet égard les leçons du père de la médecine. Après plus de trois mille ans d'expérience, quand on ne se laisse pas tromper par les illusions des systèmes, ces préceptes sont applicables comme ils l'étaient à l'époque où ils ont été proposés. Toutes les fois qu'un malade a la langue couverte uniformément d'une couche épaisse jaune ou blanche, qu'il a un goût douceâtre, salé ou acide, des nausées, du dégoût, la face jaune ou verdâtre, un sentiment de plénitude à l'épigastre, des rapports nidoreux, on ne peut pas plus douter aujourd'hui qu'anciennement de la nécessité de provoquer l'estomac à se débarrasser par le vomissement.

Nonobstant l'existence de matières suburrales, le vomitif peut être indiqué pour réveiller l'activité des organes gastriques trop lents à fonctionner. C'est alors qu'on tire parti de la commotion générale déterminée par l'acte du vomissement. Il y a peu de médecins qui n'aient vu des sujets à fibre lâche et molle, chez lesquels on ne trouve autre chose qu'une sorte de torpeur des facultés digestives, caractérisée par l'anorexie, les flatuosités, le gonflement de l'épigastre après l'ingestion d'une alimentation raisonnable, la bouche pâteuse, une soif vive après le repas, un relâchement général, tout cela accompagné de tristesse, d'abattement des forces et d'une difficulté de vivre qui ne tient qu'à cet état d'inertie. Dans ces circonstances, prélude de ces affections que les anciens avaient classées à part sous le nom de maladies muqueuses, un ou deux vomitifs relèvent instantanément les malades de cette langueur excessive, raniment les organes digestifs et par leur entremise toutes les fonctions de l'économie. Les vomitifs n'opèrent pas alors en évacuant les voies gastriques; ce qui le prouve, c'est que, pour couper court à ce commencement de maladie, il suffit d'exciter de simples nausées, et, pour cela, de réduire à des doses plus petites la prise des vomitifs.

D'autres fois on n'emploie les vomitifs, que pour intervertir l'ordre naturel des mouvemens intestinaux, abstraction faite des autres propriétés de ces substances. Il n'est pas rare que le gros intestin se décharge trop promptement du résidu des fonctions digestives et qu'il entretienne un dévoiement plus ou moins pénible et affaiblissant, par la seule raison qu'il laisse passer trop librement les matières confiées à une dernière élaboration. On voit très-souvent de ces sortes de diarrhées par relâchement à la fin des maladies aiguës. Les médecins seraient bien mal avisés, dans ces occasions, d'ajouter à ce relâchement par l'emploi des débilitans. Le moyen efficace contre ce symptôme à la fin des maladies, c'est de nourrir le malade s'il était à une diète trop sévère, ou d'ajouter à sa nourriture une alimentation plus restaurante et quelques excitans, comme l'usage de la viande et du vin. On a compris que l'estomac, appelé à un plus grand travail, détourne alors à son profit l'excès d'activité qui restait jusque-là, au préjudice du malade, au mouvement péristaltique du gros intestin. C'est le même but qu'on atteint quelquefois par l'administration de l'émétique à doses réfractées dans quelques espèces de dévoiemens du même genre, quand ils durent par habitude, indépendamment du besoin d'alimentation.

Voilà les indications élémentaires principales qu'on trouve à remplir à l'aide des vomitifs. Observons néanmoins qu'il n'est pas en notre pouvoir d'isoler les actes particuliers de l'action des émétiques, de manière à prendre les uns et à rejeter les autres, au gré de nos besoins; les émétiques agissent dans tous les cas par toutes leurs vertus à la fois. C'est au praticien à balancer les chances de leurs avantages avec les inconvéniens qu'ils peuvent produire, afin de déterminer s'il y a plus d'utilité que d'inconvéniens à y recourir. Cette réflexion nous conduit à considérer, à côté des indications de leur usage, les contre-indications qui les font écarter.

Il est superflu de mentionner au nombre des contre-indications la phlogose de l'estomac ou l'irritation de ce viscère; on ne sera jamais tenté de mettre à contribution les émétiques lorsque l'épigastre est le siége d'une douleur pongitive ou déchirante, d'une ardeur considérable, d'une grande susceptibilité au toucher, ou même sans qu'on l'explore, et que, concurremment avec ces phénomènes, la soif est dévorante, le pouls est petit, tendu, raide, la chaleur de la peau intense, qu'il y a des nausées fréquentes, spontanées ou provoquées par l'ingestion des liquides les plus doux, tels que quelques gouttes de tisane, ou d'autres symptômes aussi prononcés d'une gastrite bien conditionnée; mais il ne faut pas confondre avec une vraie gastrite les signes de la simple surcharge de cet organe, ni la sensation pénible qu'il témoigne au milieu de tout appareil pathologique dans lequel les fonctions digestives sont compromises; et, pour se préserver de ces méprises, il est nécessaire de ne juger de la nature de la maladie qu'en confrontant les rapports directs de l'organe avec les autres circonstances par lesquelles une maladie est révélée.

Indépendamment de la disposition de l'estomac, d'autres contre-indications, alors même que la nature de la maladie en exigerait l'usage, forcent encore à y renoncer, la plus générale se tire de l'état des forces. Si le malade est trop faible, la commotion déterminée par l'émétique produira un plus grand mal que l'expulsion des matières suburrales ne produira de bien, sans compter que l'évacuation dont son administration est suivie ajoute à l'épuisement existant. Cet état le fait repousser à la fin des maladies et le fait réserver de préférence pour l'époque de leur début. Il y a une autre raison à l'opportunité de ce précepte, que les évacuans émétiques ne sont guère convénables qu'à la première période des maladies; c'est le mode de progression au-

quel se soumettent presque sans exception toutes nos affections, toutes ou presque toutes; nous parlons surtout des affections aiguës, suivant une direction descendante, débutant par les parties supérieures et se terminant ordinairement dans les parties opposées. Nous saisissons parfaitement cette marche dans les progrès de ces affections muqueuses qu'on appelle des catarrhes.

Une dernière contre-indication, c'est la présence d'une impression morale très-vive. Les praticiens ont observé que les émétiques, ingérés au milieu du trouble occasioné par une émotion profonde, joignaient un élément de perturbation très-grave à la cause du désordre engendré par le moral; quelques-uns assurent même que, sous des influences analogues, l'émétique, indiqué d'ailleurs, n'avait pas moins produit que les accidens d'un empoisonnement mortel. Tels sont les trois genres de contre-indications que le praticien ne peut jamais perdre de vue avant d'employer les émétiques dans le traitement des maladies où ils conviennent le mieux. Reste un dernier point à reconnaître, savoir, de quelle manière il est nécessaire de les administrer.

Le tartre stibié est plus énergique, plus prompt, plus complètement évacuant que l'ipécacuanha, comme tout le monde le sait; il secoue aussi plus fortement que ce dernier; en outre, il porte son activité sur les deux portions du tube digestif, l'estomac et les intestins, qu'il déblaie ordinairement d'un seul coup, au lieu que l'ipécacuanha limite son action sur l'estomac. On préfère celui-ci quand on veut ménager les organes gastriques et qu'on désire s'en tenir à une action vomitive modérée; le tartre stibié, au contraire, remplit toutes les conditions que nous avons attachées aux émétiques, et il les remplit avec toute la promptitude et toute la force désirables. Il est mieux adressé aux sujets lymphatiques difficiles à émouvoir, et dans les circonstances où il faut débarrasser, sans perdre de temps, les voies gastrites. L'ipécacuanha, avons-nous dit, n'agit guère que sur l'estomac, en respectant le reste du tube digestif; ce privilége le fait choisir lorsqu'on n'aspire qu'à procurer le vomissement et qu'on craindrait l'impression de la substance vomitive sur les intestins. P.

De l'emploi du musc dans quelques fièvres graves.

Le musc est un remède héroïque contre certaines fièvres aiguës, présentant les symptômes les plus graves. Il est fâcheux qu'il soit à un prix si haut que le peuple ne puisse pas en faire usage. Heureusement que, par sa grande diffusibilité, il peut agir à des doses assez petites; ce qui réduit au moins de quelques degrés la difficulté de le faire servir au traitement des maladies chez les gens peu fortunés. Une fois que cet obstacle est levé, on peut y recourir avec confiance au fort des maladies aiguës, dans lesquelles le système nerveux est en jeu et trahit sa susceptibilité par le délire, les contractions spasmodiques, les soubresauts des tendons, l'agitation ou des douleurs vagues; en un mot, dans la période des fièvres malignes, qui sert de transition au collapsus général, par lequel elle se terminent d'une manière funeste. Sous l'influence de cette substance, nous avons vu, et cela depuis plusieurs années, dans le service de M. Récamier, à l'Hôtel-Dieu, ces signes de trouble nerveux s'effacer insensiblement, la peau sèche et brûlante s'humecter d'une douce moiteur, les traits de la face se réfaire, et le pouls revenir à un rythme plus égal et plus régulier.

Le musc appartient à cette classe de médicamens qui s'adressent directement aux fonctions nerveuses; il n'excite pas le système artériel, ne pousse pas à l'irritation, comme l'ont écrit dans ces derniers temps les auteurs de matières médicales, loin delà, il tempère l'effervescence fébrile, il calme, il relâche et il endort à la façon des opiatiques, sans donner lieu, comme ceux-ci, à ces congestions partielles de l'organe encéphalique ou des autres centres de la vitalité, qui les fait exclure dans tant de circonstances où l'on aurait un si grand besoin de calmer. Ses effets, faciles à apprécier, ne nous permettent pas de nous élever jusqu'à la détermination des causes par lesquelles il agit. Sous ce rapport, le musc a sa place parmi les antispasmodiques spéciaux ou plutôt spécifiques, dont le praticien se sert presque à coup sûr, quoiqu'ils refusent de se prêter a toute espèce d'interprétation théorique. Prenons-le pour ce qu'il est, c'est-à-dire pour un remède empirique, et puisqu'il jouit d'une si heureuse activité, occupons-nous de définir les cas où il convient, sans lui demander compte du comment il opère. Afin de nous rendre intelligible à tous, offrons en quelques traits le tableau des circonstances pathologiques dans lesqelles il peut triompher.

Nous faisons abstraction des distinctions qu'on a introduites, à tort ou à raison, dans les fièvres graves; et, comme il est une époque de leur durée où elles se ressemblent toutes, à peu de choses près, nous les prenons en masse pour considérer d'un coup d'œil l'ensemble des phénomènes qui sont attaquables par le musc. En étudiant attentivement les progrès de cette classe de fièvres, on trouve que leur cours peut se partager en plusieurs périodes plus ou moins tranchées: la première, commune à toutes, est caractérisée par un appareil d'inflammation locale ou générale, reconnaissable à la surexcitation du système artériel, dont les signes sont les mêmes que les divers degrés de la fièvre inflammatoire. Cette période ouvre la marche de presque toutes ces maladies. Il est vrai qu'elle est plus ou moins prononcée, plus ou moins persistante, plus ou moins pure; mais elle n'en est pas moins constante, de quelque part que vienne la fièvre grave. Mettons de côté ce premier temps; ce n'est pas celui auquel on adresse le musc avec avantage. Après que cette période est écoulée, l'affection du système nerveux prend le dessus sur celle du système circulatoire; avec elle apparaissent de nouveaux symptômes qui n'ont pas une expression uniforme, quoiqu'ils proviennent simultanément de la lésion du système nerveux. Quelquefois l'abattement des forces ou

la prostration en font les principaux frais. Dans ces circonstances, toutes les fonctions se ralentissent et tendent à s'arrêter. Ces cas, heureusement assez rares, entraînent les malades à la mort sans les faire passer par d'autres périodes, si on n'est pas assez habile pour les relever de leur prostration. Le plus ordinairement à l'effervescence inflammatoire du premier stade de la fièvre succède une perturbation des forces sensitives et motrices, signes manifestes de l'irritation du système nerveux. Voici les caractères de cet état.

La face est altérée, il y a délire, non pas ce délire frénétique inséparable de l'inflammation vive des méninges, ni ce délire par irritation générale qui concourt avec les phénomènes de la période inflammatoire de ces fièvres, mais un délire doux, plutôt gai que triste, accompagné de mussitation continuelle ou de loquacité; les muscles de la face ont des mouvemens convulsifs, la langue est tremblante, brune, sèche, crévassée ou unie et brillante, ou enfin rugueuse et poisseuse; le malade a des impatiences dans les membres, des soubresauts des tendons; il a de l'agitation; son pouls est très-fréquent, petit, avec une dureté qui cède à une pression assez forte; ses urines sont limpides, sa peau sèche et brûlante. Au sortir de cet état, si rien ne parvient à le maîtriser, ces malades tombent dans la dernière période ou dans celle de résolution, dont la mort est le terme. Cette période spasmodique est toujours assez longue; c'est elle qui remplit la plus grande partie de la durée de la fièvre; c'est contre elle précisément qu'on dirige l'action du musc. Il est trop tôt quand la première période continue encore; il serait trop tard si on attendait que la période dont il s'agit touchât à sa fin. Dans le premier cas, le musc ajouterait à l'irritation dominante; dans le second, ce n'est pas assez du musc, il faut retenir la vie qui se précipite et réunir, pour sauver le malade, le concours de tous les moyens excitans.

Les indications et les contre-indications du musc découlent de ces principes : il est nuisible lorsque l'affection du système artériel est dominante, tant que le pouls est plein, large et dur, que la respiration est grande, que la face est animée, que la peau a une chaleur intense, et qu'enfin tout décèle dans le malade un état de sur-irritation. Si, pendant qu'on procède au traitement de la période spasmodique à l'aide de cette substance, la maladie rétrogradait vers la première, les observations que nous appliquons aux cas de la présence régulière de cette période s'appliquent aussi bien aux cas où elle reviendrait à renaître, c'est-à-dire qu'il faudrait suspendre l'emploi du musc et revenir à la méthode appropriée aux phénomènes de simple irritation. Un troisième cas, plus difficile, est celui où, pendant le cours de l'état de spasme, il se réveille un point d'irritation sur un ou plusieurs organes. Si ces irritations partielles ne sont pas assez fortes pour réagir sur l'ensemble des symptômes, rien n'empêche de poursuivre conjointement ces irritations et le traitement général du spasme. Lorsque les irritations élémentaires réagissent sur l'ensemble des phénomènes, de manière à remettre les malades dans les circonstances de la période d'irritation, l'identité de ces deux états oblige à suspendre le musc pour reprendre de nouveau le traitement indiqué pour l'irritation ou l'inflammation.

Le musc est insuffisant lorsque la période de spasme approche de son déclin, lorsqu'elle alterne avec des intervalles d'abattemens ou de prostration, à plus forte raison lorsque la prostration a pris le dessus décidément sur l'état de spasme. A la différence des cas précédens, il n'est pas nécessaire ici d'interrompre l'usage du musc ; au contraire, il est important d'en augmenter les proportions ; seulement l'association de la prostration avec les signes de spasme suggère de combiner le musc avec l'emploi des stimulans. Ce n'est que lorsque tout état de spasme a disparu et qu'il est remplacé par une complète prostration qu'on renonce au musc, non parce qu'il est nuisible, mais parce qu'il ne peut suffire au besoin actuel et qu'il tient la place de moyens plus urgens.

On administre le musc de plusieurs manières, par l'estomac ou par le gros intestin en lavement. Il n'agit jamais plus efficacement qu'en le donnant par la bouche. Son administration en lavement supplée à l'impossibilité de l'ingérer dans l'estomac; elle concourt d'autres fois avec le premier mode d'administration, quand on tient à en faire prendre à la fois de grandes quantités. Par la bouche on le donne seul en pilules ou en suspension dans une potion antispasmodique ou adoucissante; en pilules, il passe difficilement chez des malades dont la déglutition est souvent pénible; un bon moyen consiste à l'incorporer dans un véhicule convenable; le meilleur de tous, c'est une potion composée avec les eaux distillées de tilleul, de menthe, de fleurs d'oranger. Ce véhicule dissout très-bien cette substance, et de plus elle aide à sa diffusibilité par la facilité avec laquelle il s'insinue lui-même à travers nos tissus. On peut joindre au musc d'autres médicamens actifs, comme le sulfate de quinine, lorsque le spasme contre lequel on l'administre se trouve associé à une exacerbation fébrile périodique. Ces deux agens s'accordent bien ensemble, et ils opèrent très-bien chacun de leur côté sans se nuire et sans se neutraliser. Voici des formules que nous avons vu employer avec avantage par le praticien distingué auprès duquel nous avons observé les malades qui font la base de ces réflexions pratiques :

Prenez :	Musc.	xij gr.
	Conserve de roses.	s. q

Faites quatre pilules.

Prenez :	Musc.	vj à xij gr.
	Eaux distillées de menthe, de mélisse.	aa ℥ j.
	Eaux de fleurs d'oranger.	℥ ß
	Sirop d'armoise.	℥ j ß
	Eau de tilleul.	℥ iij.

A la même formule on peut ajouter quatre, six ou huit grains de sulfate de quinine pour former une potion musquée et antifébrile.

Le musc en lavement se donne en substance à la même dose que par l'estomac. On le suspend dans le quart d'un lavement émollient ou stimulant, selon l'indication, en le faisant prendre par la méthode de Kœmpf. On recommande au malade de retenir le plus possible le lavement médicamenteux. En outre, on fait avec le musc des teintures dans la proportion de deux parties de musc sur six ou huit parties d'alcool. On prescrit cette teinture à la dose d'un ou deux scrupules dans une potion de quatre ou six onces.

La dose requise de musc se fait prendre en deux, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. On commence ordinairement par quatre ou six grains, et l'on s'élève progressivement jusqu'à huit, dix, douze ou vingt grains; cette dernière quantité est très-forte. L'action médicatrice du musc est très-prompte. On le continue pendant plusieurs jours de suite et l'on a soin de revenir par degrés à des doses de plus en plus petites, quand on a obtenu l'effet désiré. FUSTER.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement de l'amaurose dans les hopitaux de Paris.

Les névrosthénies et les névroses asthéniques de l'appareil oculaire constituent une famille assez nombreuse de maladies dont l'étude ne nous paraît pas encore suffisamment approfondie. Arrêtons-nous, pour le moment, sur la plus importante de ces maladies, la goutte sereine ou l'amaurose.

Une circonstance a dû surtout frapper les pathologistes qui se sont occupés de l'amaurose; c'est que l'organe rétinien ne souffre jamais seul. Développons cette proposition.

Tout le monde a pu constater que dans toute affection de la rétine le ganglion ophthalmique et les nerfs iriens qui en émanent partagent presque constamment la souffrance de la membrane visuelle. Ils expriment cette souffrance sur l'iris lui-même, qui devient tantôt paresseux, flasque, jaune ou blafard, et insensible à la lumière, tantôt spasmodiquement contractile, ainsi que son ouverture pupillaire l'annonce. Mais il y a plus, le corps vitré et l'éponge hyaloïdienne ne savent pas conserver leur intensité normale, lorsque la rétine est malade. Dans un long travail d'anatomie pathologique que j'ai publié sur cette matière, j'ai démontré, par un grand nombre de faits, que, dans toute cécité amaurotique complète, le corps vitré était malade, affaissé, fondu, déliquescent et coulant comme de l'eau, tantôt claire, tantôt colorée. Le hyaloïde et la cristalloïde postérieure étaient aussi de leur côté assez souvent tachetés; de là la cataracte capsulaire postérieure. Une raison anatomique puissante me paraît présider à ces derniers phénomènes; la voici :

Le corps hyaloïdien et la cristalloïde postérieure ne reçoivent leur nourriture que des vaisseaux rétiniens; l'artère centrale de la rétine, après avoir formé la coronaire de cette membrane, s'élance dans le corps vitré, le sillonne dans son centre, pour s'épanouir tout entière sur la cristalloïde postérieure, où elle forme un réseau admirable.

Or, notez bien que la capsule antérieure, ainsi que Scarpa le remarque, ne reçoit aucun rameau de la postérieure; elle vit aux frais de quelques minces artérioles iriennes, qui ne s'anastomosent aucunement avec celles de la capsule postérieure.

De là on déduit : 1° pourquoi la cataracte capsulaire antérieure est si fréquente, car cette membrane n'est qu'à peine animalisée en comparaison de l'autre; 2° pourquoi la cataracte capsulaire postérieure n'a jamais été observée sans l'amaurose complète, ou plutôt pourquoi elle n'est ordinairement que la conséquence de cette affection. La rétine étant donc malade, il n'y a rien d'étonnant que ses vaisseaux et les autres parties qu'ils doivent nourrir après elle soient également malades.

Il est bien remarquable que, dans son savoir immense joint à une vaste expérience, Boyer s'était persuadé qu'il n'y avait d'autre remède contre l'amaurose que le vésicatoire à la nuque, si elle était légère, le séton, si elle était grave. Il y joignait quelquefois la vapeur du baume de Fioraventi, que le malade devait recevoir devant son œil, à l'aide de la main. Il se plaisait à nous raconter plusieurs fois dans l'année le fait suivant.

Un jeune homme, appartenant à une grande famille, avait une affection amaurotique; Boyer lui appliqua un séton à la nuque. Peu de jours après, le malade souffrait beaucoup de l'action du remède. Un autre médecin blâma le séton et fut d'avis qu'on le supprimât; ce qui fut fait. Les choses étaient ainsi, lorsque, quelque temps après, le jeune homme fut saisi d'un anthrax à la région postérieure du cou. La suppuration abondante que ce mal provoqua éclaircit la vue d'une manière remarquable; mais, à mesure que la plaie du cou se cicatrisait, les yeux s'obscurcissaient de nouveau. On goûta alors le conseil de Boyer. Jamais le professeur, dans ses diverses narrations, n'a complété cette histoire.

Il est curieux d'observer que A. Paré tient absolument le même langage à propos du séton à la nuque. C'était pour lui le remède par excellence, le médicament héroïque dans toutes les affections graves de l'organe visuel. Il rapporte entre autres faits celui d'un *honnête bourgeois*, *horloger italien*, qui était fixé à Paris, et auquel il fit recouvrer trois fois la vue à l'aide du seul séton.

M. Roux ne traite pas différemment que Boyer la goutte sereine. Cependant j'ai suivi, jour par jour, plus de cent amaurotiques traités de la sorte à l'hôpital de la Charité, et je ne trouve, ni dans mon souvenir ni dans mes notes, un seul cas de guérison bien marquée.

Pendant les premiers temps, le séton a souvent produit de l'amélioration à l'état de la vision, mais cet effet a été rarement durable, et plus rarement encore progressif. Notez bien cependant que je ne parle ici que

des cas d'yeux amblyopiques, c'est-à-dire atteints seulement d'amaurose fonctionnelle et incomplète. Si la cécité est complète, si la goutte sereine est déjà organique, oh! alors c'est une autre affaire; la chose est bien autrement difficile. Nous en parlerons.

Ceux qui comptent beaucoup sur l'efficacité du séton dans cette maladie calculent ainsi l'action de leur remède : l'origine des nerfs optiques, dit-on, étant très-près de la région occipitale, la révulsion opérée sur cette surface extérieure doit être fort efficace, ainsi qu'on voit le séton à l'hypogastre agir à merveille dans certaines affections de la vessie. Ce raisonnement est inexact; car qui vous assure que la lésion amaurotique de la rétine dépende d'une maladie du nerf optique, et principalement de l'origine de ce nerf? Si le siége du mal est primitivement dans le globe de l'œil, ce calcul tombe de lui-même. Nous reviendrons sur ce sujet.

Sans vouloir entièrement rejeter le séton à la région sous-occipitale du traitement de l'amaurose, je pense qu'ici le remède en question est quelquefois pis que le mal. En ville surtout cette médication déplaît souverainement à certains malades, et si les bons effets qu'on en attend n'ont pas lieu, la réputation du médecin périclite. C'est alors que les homœopathes viennent semer sur le terrain que nous leur avons préparé. J'ai pour mon compte tout-à-fait renoncé dans ma pratique à l'usage du séton pour la maladie dont il s'agit. Je le remplace avantageusement par d'autres moyens que j'indiquerai.

A l'Hôtel-Dieu, M. Dupuytren ne traitait ordinairemant l'amaurose que par les remèdes locaux. Ce célèbre praticien n'avait en vue dans ce traitement que de stimuler les rameaux nerveux de la cinquième paire qui se distribuent dans le pourtour orbitaire et dont l'influence est si marquée sur les fonctions de la rétine. Aussi entourait-il les tempes, les sourcils et le front des sujets amaurotiques de plusieurs vésicatoires volans, qu'il promenait successivement d'un point dans un autre. Il n'était pas rare de lui voir joindre à cette médication quelque purgatif; il préférait dans ce cas l'huile de ricin, qu'il donnait par cuillerées, dans le courant de la journée, avec beaucoup de bouillon de veau aux herbes par dessus. Quelquefois cependant il ordonnait avant tout une saignée générale ou locale, s'il y avait indication à le faire. Je dois le dire pourtant, le traitement en question n'était le plus souvent que fort inefficace. Comme le séton, les vésicatoires répétés sur la périphérie orbitaire produisaient quelquefois, pendant les premiers jours, une certaine amélioration; mais les choses s'arrêtaient bientôt là.

Dans les derniers temps, je vis aussi M. Dupuytren faire panser les vésicatoires sourcilliers avec de la strychnine, méthode que M. Miquel a dernièrement fait connaître. Je me rappelle entre autres un homme de la campagne, couché dans la salle Sainte-Marthe, qui était venu exprès de très-loin pour se faire soigner par le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et sur lequel il expérimenta, mais sans aucun avantage, ce dernier remède. Il faut noter cependant qu'il s'agissait ici d'une goutte sereine complète, survenue à la suite d'une cause morale profonde. Ce brave homme nous racontait qu'il était, avant 1830, maire de son village et le premier laboureur de son pays; attaché de cœur à l'ancienne dynastie, il soutenait un jour le principe de la légitimité, lorsqu'une volée de coups de poings plut sur la tête de M. le maire. Dès ce moment, éblouissement progressif, cécité complète. Les yeux étaient parfaitement transparens, les pupilles immobiles et les paupières clignotantes; le globe oculaire présentait un certain mouvement ondulatoire de droite à gauche, à peu près comme le balancier d'une pendule; ce qui est pour moi le signe de l'insensibilité la plus complète et quelquefois même de l'altération moléculaire de l'organe rétinien. Ce mouvement ondulatoire et comme par saccades de l'œil, que j'appelle *balancement amaurotique*, dépend, selon moi, d'un état convulsif du muscle petit oblique du globe oculaire.

L'idée thérapeutique de M. Dupuytren de n'agir que sur les nerfs péri-orbitaires est certainement fort remarquable : bien qu'il soit difficile de se rendre raison de l'influence des nerfs sourcillers et frontaux sur la rétine, cette influence n'est pas moins réelle, ainsi que cela est prouvé par un grand nombre d'observations.

L'on se rappelle le cas de la femme de ce médecin de Boulogne dont parle Valsalva, laquelle, en caressant un coq, reçut un coup de bec de cet animal sur le tiers interne du sourcil, point de la sortie du nerf fronto-sourcillier. Une amaurose de ce côté suivit immédiatement cette contusion, si légère en apparence. Tous les remèdes avaient été inutiles, lorsque Valsalva, ayant été consulté, lui rendit la vue en lui frottant avec le pouce l'endroit blessé et douloureux. L'intention de ce célèbre anatomiste n'était donc que d'agir sur le nerf sus-indiqué.

Du reste, dans le mémoire que je viens de citer, j'ai déjà réuni plusieurs cas d'amaurose ou d'ambliopie dépendant uniquement d'une très-légère blessure du nerf sourcillier, et j'y ai aussi indiqué le remède, qui consiste à couper hardiment avec le bistouri ce petit tronc nerveux à sa sortie de la fente sourcillère ou à l'union du tiers interne avec le tiers moyen du rebord sourcillier. Je reviendrai sur ce point.

M. Sanson, suit, dit-on, dans l'amaurose un traitement varié suivant les circonstances individuelles : il emploie assez souvent les saignées locales et générales, et calomélise à la mode des anglais ses amaurotiques. Ne connaissant pas dans son entier la marche habituelle de cet habile praticien à l'égard de cette maladie, je ne peut pas en dire davantage.

A l'hôpital de la Pitié, M. Lisfranc traite les amaurotiques en leur cautérisant le sinciput à l'aide de la pommade ammoniacale; il se sert en même temps de petites saignées révulsives et souvent répétées du bras; il remplit les autres indications accessoires diversement, suivant les circonstances. Je vis un amblyopique, traité de la sorte par cet habile chirurgien, guérir parfaitement en peu de temps.

Tout le monde sait enfin qu'à l'hôpital de l'Hôtel-

des-Invalides M. Larrey ne traite autrement les amaurotiques qu'en les ventousant à la tempe et en leur brûlant force cylindres de coton à la région retromastoïdienne. J'ai vu plusieurs malades traités de la sorte par ce célèbre praticien; je ne connais aucun cas de guérison. Mais, à propos des moxas, je dois rappeler un fait important.

On persuada un jour au célèbre Delpech, de Montpellier, que les moxas sur le sourcil opéraient des merveilles pour redonner la vue aux amaurotiques; il céda à cette persuasion et en fit la triste épreuve sur deux malades qui se trouvaient dans son service, à l'hôpital Saint-Éloi. L'épreuve fut positive; car, peu de temps après, ces deux individus périrent, chacun victime d'une ostéo-méningite suppurative à l'endroit de l'application du moxa. La franchise avec laquelle Delpech laissa publier ces observations fait honneur à son caractère. Le professeur de Montpellier n'aurait cependant pas dû oublier, dans cette circonstance, les expériences de Dehaën sur la conductibilité étonnante dont jouissent les os de la tête pour le calorique. Le tissu diploïque de ces os, surtout dans la région frontale, une fois échauffé par un corps incandescent, transmet sur-le-champ son calorique à l'huile animale qui le pénètre, et de cellule en cellule passe bientôt jusqu'à la lame vitrée et aux méninges.

Il y a à mon avis autre chose à faire que ce que nous venons de voir pour bien traiter une amaurose. La routine, si fâcheuse en général dans les arts, n'a que trop malheureusement fasciné jusqu'à présent l'esprit de nos ancêtres sur ce point de thérapeutique. Je continuerai mes remarques à ce sujet dans un prochain numéro. R.

Remarques pratiques sur certains abcès fistuleux des environs de l'anus.

Un abcès qui se forme aux environs de l'anus, ne devient ordinairement fistuleux qu'autant que le travail morbide qui l'accompagne a dénudé ou perforé l'intestin rectum, ou bien que le pus provient d'une carie soit vertébrale, soit pelvienne; ou bien enfin que la matière qui le forme est le résultat d'un épanchement urineux, ce qui n'est pas très-fréquent. Il ne sera ici question que des premiers de ces abcès.

Une question thérapeutique fort importante a été, dans ces dernières années, agitée entre deux chirurgiens célèbres de la capitale, au sujet des abcès idiopatiques fistuleux de la marge de l'anus; la voici : Lorsqu'à l'ouverture d'un abcès idiopatique des environs de l'anus, on reconnaît, à l'aide des moyens ordinaires d'exploration, que l'intestin rectum est dénudé ou perforé, et par conséquent que la fistule consécutive à cette ouverture est inévitable, faut-il opérer de suite cette fistule après l'ouverture de l'abcès, ou bien attendre un moment plus favorable ? Les avis ont-été partagés; aussi a-t-on sagement remis à l'expérience la décision de ce point important de pratique.

L'expérience en effet n'a pas tardé à prononcer sur le sujet en question; elle a fait connaître qu'il était non-seulement imprudent, mais aussi quelquefois très-dangereux, d'opérer l'abcès anal et la fistule stercorale en même temps. Voici les faits qui ont servi de base à cette décision.

Un jeune homme, âgé de dix-sept ans, d'une bonne constitution, habituellement bien portant, fut couché au n° 3 de la salle Saint-Augustin de l'hôpital de la Charité, pour un abcès chaud qu'il portait à la marge de l'anus. De l'aveu même du malade, cet abcès s'était déclaré par suite d'exercices pédérastiques. L'aspect infundibuliforme de l'anus confirmait en effet cette étiologie. M. le professeur Roux, après avoir ouvert l'abcès et constaté avec un stylet la perforation et la dénudation du rectum à une très-grande hauteur, opéra sur-le-champ la fistule en présence de Boyer. Cette opération ne présenta rien d'extraordinaire; le rectum fut fendu jusqu'à la partie décollée, et les parois de l'abcès furent ébarbées. Les trois premiers jours se passèrent bien; à cette époque, des symptômes inflammatoires graves des viscères abdominaux survinrent, et le malade mourut le huitième jour. L'autopsie, faite en notre présence, montra une rectite des plus intenses, et une hépatite générale avec suppuration dans le parenchyme du foie.

Quelques semaines plus tard, un second cas, analogue au précédent, a été opéré de la même manière dans le même hôpital. Le résultat en a été le même. Ce second malade est mort de recto-péritonite.

Ces deux cas, joints au souvenir de plusieurs autres cas de rectites mortelles, par suite de l'introduction trop brusque de mèches dilatantes de l'organe défécateur ont suffi pour décider les deux praticiens que je viens de nommer à ne jamais opérer les fistules en question immédiatement après l'ouverture de l'abcès qui les fait connaître.

En différant en effet d'un ou deux mois la dernière opération, on a l'avantage de laisser aux parties le temps de se dégorger, de se recoller en partie, et de se désenflammer. On pourrait même ajouter qu'en attendant, l'organe de la défécation a le temps de s'habituer à la présence d'un travail morbide.

Mais la raison principale du précepte que nous adoptons ici, c'est qu'en se comportant de la sorte, on a moins de parties à exciser, car les parois de l'abcès se recollent partiellement, et par conséquent l'opération est moins douloureuse et moins grave. En outre, à l'époque que nous venons d'indiquer, les limites de la fistule sont mieux arrêtées, mieux appréciables, et par conséquent aussi l'opération peut être exécutée avec plus de précision et avec moins de chances de récidive que lorsqu'on l'opère immédiatement après l'ouverture de l'abcès.

Tout ce que nous venons de dire à l'égard des abcès fistuleux des environs de l'anus, s'applique également aux abcès de la vulve qui communiquent avec l'intestin rectum. Nous avons, les premiers, signalé dans ce journal l'existence des fistules recto-vulvales chez la

femme ; eh bien, lorsqu'on est appelé à traiter une de ces fistules, l'on ne doit jamais se décider à l'opérer avant que sa période d'acuité ne soit tombée, sans quoi on serait obligé de faire une plaie énorme, ce qui ne serait pas sans danger ; cette pratique est aussi celle que suit le chirurgien qui, précédemment à la Charité, est aujourd'hui chargé de la clinique de l'Hôtel-Dieu. Je vais en donner un exemple tout récent.

Une jeune personne, âgée de dix-huit ans, a été, ces jours derniers, couchée dans une des salles de la clinique chirurgicale ; elle présentait un petit abcès, du volume d'une noix, à la partie interne et inférieure de la grande lèvre gauche. On devine facilement la cause de ce mal ; c'est le fruit d'un premier amour. Le chirurgien, après avoir ouvert largement l'abcès avec le bistouri, y a introduit un stylet boutonné, qui a découvert la face antérieure du rectum dénudée à trois pouces de distance de la vulve. On a pansé à sec cette ouverture, et l'on a remis à un mois ou six semaines de distance l'opération de la fistule labio-rectale. Cette pratique est, suivant nous, la plus rationnelle et la plus sage.

Nous ne terminerons pas ces remarques sans dire que sur un très-grand nombre de fistules stercorales que nous avons eu l'occasion de sonder attentivement, nous n'avons trouvé l'intestin rectum réellement perforé qu'une fois sur dix ; dans la majeure partie des cas, il n'y a que simple dénudation de la paroi rectale. Cette connaissance n'est pas sans utilité pour le praticien opérateur.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

AOUT 1835.

Composition élémentaire de l'alizarine et de l'orcine; par M. Robiquet.

Je n'ai point ajouté à mon dernier mémoire sur l'orcine l'analyse élémentaire de cette substance, parce que je me proposais d'examiner semblablement toutes les matières colorantes qui ont été extraites à l'état de pureté, et qui n'ont point encore été analysées. J'espérais qu'il pourrait résulter de l'examen comparatif de ces substances quelques données générales sur leur composition intime, et voir, par exemple, si l'hydrogène surabonde dans les plus fugaces, et si c'est le carbone qui est le type de leur stabilité. Mais ne prévoyant pas quand je pourrai achever ce travail, je ferai provisoirement connaître les résultats auxquels je suis parvenu pour l'orcine et l'alizarine.

Tous ceux qui connaissent les grandes difficultés qui sont attachées à ce genre de recherches, comprendront qu'on ne doit présenter ces sortes de résultats qu'avec réserve, parce que, malgré toutes les précautions qu'on peut prendre, il devient presque impossible, pour certaines substances, et celles-ci sont du nombre, de se garantir de toute espèce d'altération. Aussi voyons-nous de fréquentes modifications apportées dans les analyses élémentaires de certaines substances, parce que, indépendamment des différences dans les méthodes analytiques, il est bien rare que deux chimistes, qui travaillent séparément, se mettent identiquement dans les mêmes circonstances. Toutefois j'indiquerai, pour ceux qui seraient désireux de répéter les analyses dont j'offre ici les résultats, quelles sont les précautions que j'ai cru devoir prendre pour atteindre à une exactitude rigoureuse. Je dirai donc, relativement à l'alizarine, que le plus difficile est de la bien purifier. Pour répondre au doute élevé par quelques chimistes, et bien mal à propos selon moi, sur sa préexistence, j'ai long-temps cherché à la débarrasser de toute substance étrangère, sans avoir recours à la sublimation; mais je n'ai jamais pu y parvenir. J'ai cru en trouver le vrai motif dans son intime combinaison avec une certaine proportion de phosphate de chaux qui lui sert comme de mordant, et qui la suit partout. Ainsi, quel que soit le véhicule dont on puisse se servir pour dissoudre cette matière colorante, on ne parviendra jamais à la débarrasser du phosphate calcaire qui lui est uni. Alcool, éther, liqueur alcaline, acides concentrés, ce sel y sera toujours entraîné, et se précipitera avec l'alizarine. Il doit nécessairement se retrouver dans les teintures qu'on produit avec la garance. Ainsi, dût-on dire encore qu'une substance qui reproduit avec un très-grand degré d'intensité toutes les principales propriétés du corps dont on l'a extraite, n'y préexiste pas, force est d'avoir recours à la sublimation pour l'obtenir. Mais si par ce moyen on réussit enfin à éliminer le phosphate calcaire, on tombe dans un autre inconvénient qui tient à la présence d'une matière grasse ou résinoïde, qui l'accompagne presque avec autant de ténacité que ce sel lui-même, qui se volatilise en partie avec elle, et qui l'imprègne de toutes parts. Voici comment je parviens à m'en garantir autant que possible : je prends de l'extrait alcoolique de garance lavée; je le traite à diverses reprises avec de petites quantités d'éther; j'enlève ainsi, mais en perdant beaucoup de matière colorante, une grande portion du produit huileux : je laisse ensuite sécher à l'air, puis je mets 2 ou 3 gr. de ce produit, ainsi purifié, dans un creuset de platine de 100 gr. environ de capacité. Je place ce creuset à l'aide d'un triangle de fer, dans lequel il entre à peu près de la moitié de sa hauteur; je le place, dis-je, au-dessus d'un fourneau évaporatoire du plus petit modèle et muni de ses deux portes. Je chauffe d'abord à un feu très-modéré, et je soulève de temps en temps le couvercle pour laisser échapper les premières vapeurs, qui proviennent encore d'un restant de matière grasse. J'élève ensuite un peu plus la température, et je maintiens le creuset fermé. Si j'aperçois quelques vapeurs surgir dans l'atmosphère, alors j'adapte la porte inférieure pour amortir le feu, et je redonne un peu d'air quand il est près de s'éteindre. Après avoir ainsi réglé la température pendant une demi-heure environ, de manière à ce que les vapeurs n'éprouvent pas une trop subite condensation, ni une force d'expansion assez grande pour qu'elles se répandent en dehors, je ferme de nouveau la porte inférieure du fourneau et je laisse refroidir le creuset en place. Le plus ordinairement il se trouve rempli de belles et longues aiguilles rouges transparentes, qui sont prismatiques par une de leurs extrémités, et acérées comme la pointe d'une épée par l'autre. Lorsque la température n'a pas été assez élevée, au lieu d'aiguilles bien

détachées on ne trouve que des flocons neigeux qui sont d'un jaune pâle. Dans l'un et l'autre cas, on détache légèrement le sublimé avec une barbe de plume, et on prend les plus grandes précautions pour ne pas enlever en même temps quelques pellicules du charbon tuméfié sur lequel les cristaux reposent en partie. Cela fait, on chauffe de nouveau le résidu charbonneux, et on élève un peu plus la température que dans l'opération précédente. Il arrive souvent qu'on obtient de plus belles aiguilles à cette reprise, par cela même qu'on peut employer une température plus élevée ; les vapeurs se forment plus lentement et en moindre abondance. Lorsqu'on veut soumettre ce produit à l'analyse, on l'étale sur une feuille de papier blanc, pour enlever, à l'aide de petites pinces, quelques parcelles de charbon qui auraient pu échapper, et enfin, pour surcroît de précautions, on lave ces cristaux avec un peu d'éther, et on les comprime fortement entre deux doubles de papier joseph pour enlever jusqu'aux dernières traces de matière grasse dont ils pourraient être imprégnés. Tous ces détails paraîtront trop minutieux, et ils ne seront appréciés que de ceux qui voudront répéter ces expériences. J'ai fait cette analyse un très-grand nombre de fois, par des moyens différens et à des époques fort éloignées les unes des autres ; j'en ai trouvé les résultats assez concordans, et je les présente avec confiance. L'alizarine n'offre pas plus de difficultés à analyser que les autres matières volatiles en général. Il faut avoir le soin de chauffer le tube assez uniformément dans toute sa longueur, pour que la portion de matière volatile ne puisse pas se condenser plus facilement dans un point que dans un autre, et on doit maintenir aussi rouges que possible toutes les parties antérieures du tube, et ne procéder que lentement à la combustion ; car il arrive quelquefois, malgré les précautions prises, que la matière va se cantonner à l'extrémité opposée du tube, et si on chauffe trop rapidement cette partie, il se produit alors beaucoup de vapeurs à la fois, dont une partie peut échapper à la réaction de l'oxide de cuivre.

Relativement à l'*orcine*, de nouvelles difficultés se joignent à celles-ci : elles dérivent surtout de l'eau de cristallisation que contient cette matière, de son altérabilité par la chaleur et de sa volatilité. Je n'ai jamais pu réussir à obtenir un point constant de dessiccation par la chaleur, et cependant je m'étais limité à la température de 100°. Mais cette température, long-temps continuée, est suffisante pour colorer fortement l'orcine et lui faire répandre de continuelles vapeurs ; j'ai cru préférable de n'opérer que sur de l'orcine distillée, parce qu'en fractionnant les produits on est certain d'obtenir un produit bien anhydre en prenant les précautions que je vais indiquer. Les premières portions entraînent toute l'humidité qui peut rester ; mais cette distillation offre d'assez grandes difficultés ; il ne faut pas qu'elle languisse, et cependant il faut éviter de carboniser. Pour me garantir autant que possible de ce double écueil, je me sers d'une très-petite cornue en verre, j'y introduis de l'orcine purifiée et privée de son eau de cristallisation par une courte exposition à 100°. Je place cette cornue sur un petit fourneau à l'aide d'un triangle et je la recouvre d'une grille cintrée ; cette disposition me permet de chauffer dessus et dessous, et par conséquent d'empêcher les vapeurs de se condenser à la voûte, et de retomber dans la partie inférieure pour y subir de nouveau l'action prolongée de la chaleur, et par suite une action plus ou moins prononcée. Je chauffe d'abord assez modérément pour ne dégager que de l'humidité. Lorsque l'ébullition est bien soutenue, que les vapeurs deviennent lourdes et nébuleuses, et que le produit condensé se prend en masse solide, alors on change de récipient, c'est habituellement un verre de montre dont je me sers pour cet objet. Il faut avoir le soin, comme pour le beurre d'antimoine, de promener un charbon ardent le long du col de la cornue pour y empêcher la condensation du produit et faciliter son écoulement. On change de nouveau le récipient aussitôt qu'on s'aperçoit que le liquide se colore. L'orcine distillée se fige en une espèce d'émail très-compact et cristallisé ; on le réduit en fragmens qu'on serre dans un flacon bouché à l'émeril et parfaitement séché.

Avant de quitter cette substance, je dois citer une observation assez intéressante que j'ai omis d'indiquer jusqu'à présent, c'est que sans être encore à l'état de matière colorante, elle en offre néanmoins quelques-uns des caractères ; ainsi elle est neutre, elle est volatile, et, chose plus remarquable, elle est absorbée par le noir animal comme les matières colorantes. Je m'étais aperçu à diverses reprises que j'en perdais beaucoup en employant ce moyen de purification ; mais une fois entre autres que j'avais forcé la proportion du noir, l'orcine fut absorbée complétement, et je n'obtins que de l'eau chargée de quelques sels calcaires.

Les résultats les plus concordans d'un assez grand nombre d'analyses de l'alizarine donnent, terme moyen pour 0,gr., 5 de matière,

Eau.	0gr., 168
Acide carbonique.	1, 285

ce qui donne pour 100

Carbone.	71, 062
Hydrogène.	3, 744
Oxigène.	25, 194

D'où on tire, en divisant par les poids atomiques respectifs,

Carbone.	0,92968
Hydrogène.	0,60008
Oxigène.	0,25194

Ce qui conduit aux rapports suivans :

Carbone	3690	$= C^{37} H^{24} O^{10}$.
Hydrogène.	2382	
Oxigène.	1000	

Et on trouve, en adoptant cette formule, que la vraie composition serait pour 100

Carbone.	71,096
Hydrogène.	3,764
Oxigène.	25,140

Ce qui diffère fort peu des résultats fournis par l'expérience.

J'ai trouvé pour résultats moyens des analyses de l'orcine que 0,5 donnent.

Eau.	0,3072
Acide carbonique.	1,240

Ce qui fournit pour 100

Carbone.	68,574
Hydrogène.	6,826
Oxigène.	24,598
	99,998

D'où on tire les rapports suivans :

Carbone.	8,9714	$= C^9 H^{11} O_2^5$ ou $C^{18} H^{22} O^5$
Hydrogène.	10,9480	
Oxigène.	2,4598	

La formule C^{18} =	1375,84	donne pour 100	Carbone. 68,345
H^{22} =	137,27		Hydrogène. 6,817
O^5 =	500,00		Oxigène. 24,838
	2013,11		100,000

Résultats aussi rapprochés que possible de ceux obtenus par expérience.

Conservation et reposition des médicamens; par M. Ménigaut, pharmacien.

MM. Henry et Guibourt, dans leur *Traité de pharmacie*, sous le nom de reposition et conservation des médicamens, ont créé un chapitre nouveau pour les ouvrages de ce genre, très-bien traité et tout-à-fait important pour la pharmacie. Il eût été à désirer que l'expérience leur eût permis d'étendre un peu plus leurs observations, et de préciser davantage certaines de leurs règles particulières. La bonne préparation d'un médicament n'est que la moitié de son essence, si on ne connaît le mode de le conserver avec toutes ses qualités, comme le remarque aussi M. Virey dans son ouvrage estimé. Exerçant la pharmacie dans une très-petite ville de province, où la consommation des médicamens est toujours languissante, mon attention a dû nécessairement se porter aussi bien sur leur conservation que sur leur préparation; c'est le résultat de ma pratique que je vais exposer ici.

Chaleur, lumière, air et humidité, voilà les quatre grands agens de l'altération des médicamens. Les soins du pharmacien se portent à les isoler autant que possible, ou du moins à ne permettre que l'accès de ceux dont l'influence destructive est la plus bénigne.

Comme le disent fort bien MM. Henry et Guibourt, là où il n'y a pas d'humidité, aucun changement organique ne saurait s'opérer. Les soins du pharmacien doivent se porter à l'isoler, autant pour prévenir ses effets primitifs, qui sont les moisissures ou d'autres modifications élémentaires, que pour empêcher son effet secondaire qui est le développement de cette foule d'insectes destructeurs, précurseurs encore plus sinistres de décomposition que les moisissures mêmes. Ainsi toutes les plantes conjointement, ou leurs diverses parties en particulier, depuis la racine jusqu'à la graine, devront-elles être, très-sèches, renfermées dans des vases imperméables, bien clos, abrités autant que possible du contact de la lumière, et proportionnés pour la capacité à la quantité de matière. Pour moi, j'avais le soin de les choisir tels que je puisse les épuser en ne les ouvrant qu'un petit nombre de fois. Quelques citations vont rendre plus sensibles ces généralités; généralités qui ne sont autres, au reste, que ce qu'ont déjà dit MM. Henry et Guibourt. Cependant, comme ces auteurs s'écartent quelquefois de ces principes fondamentaux, je crois devoir les suivre dans leurs détails, et les y ramener lorsque je les croirai dans l'erreur. J'aurai le soin d'indiquer en même temps les diverses expériences que j'ai faites pour constater ce que j'avance, ainsi que mes réflexions particulières.

La conservation des racines, des bois, des feuilles, des fleurs et des fruits en général, n'exige aucun autre soin que celui de mettre ces diverses substances bien sèches dans des vases fermant le plus exactement possible, et le moins accessibles à l'humidité. Cependant, la nécessité de les ouvrir souvent; les variations de température, de pression atmosphérique opérant dans l'intérieur du vase le renouvellement de l'air, et cet air étant sans cesse chargé d'humidité, l'humidité, par affinité hygrométrique pour la matière organique, s'y combine et la sature complétement. De là la nécessité de remettre plusieurs fois dans le courant de l'année la même substance au contact de la chaleur, et le besoin de l'enfermer toujours bien sèche dans le même vase dont on a eu la précaution de bien nettoyer, et de bien dessécher l'intérieur. Sans ce moyen, la vapeur d'eau soulevée à certaines époques plus chaudes de l'année, et ne pouvant pas s'échapper par la résistance des parois, retombe sur la substance même, et en occasionne une prompte altération. Jamais les changemens de couleur, les moisissures et les multiplications des insectes ne sont plus fréquens sur les substances renfermées en vases clos qu'à l'entrée de printemps ni dans le courant de l'été. C'est pour cela que j'avais la précaution, à la fin de mars, de remettre à l'étuve les substances qui avaient passé l'hiver, et que je répétais cette opération dans les fortes chaleurs de juin ou de juillet. La chaleur seule du soleil me suffisait le plus souvent à ces dernières époques.

Les racines les plus sujettes à se recouvrir de moisissures, comme celles de guimauve; celles que les vers attaquent le plus facilement, comme celles d'angélique et de tormentille, se sont conservées presque autant que j'ai voulu; il en est de même des feuilles les plus extractives, comme celles de la ciguë et de fumeterre, et de celles dont l'odeur est la plus fugace, comme celles de mélisse et de lierre terrestre: après nombre d'années elles n'ont presque rien perdu de leur couleur verte ou de leur arôme délicat.

S'il y a de l'attention à apporter pour éloigner l'humidité des matières végétales, c'est surtout pour leurs parties les plus délicates que ce soin doit redoubler. Aucune fleur ne peut se conserver en bon état, même une année seulement, si on n'a la précaution de la dessécher complétement, de l'enfermer dans des vases bien clos, et de répéter cette dessication de temps à autre, à moins que l'accès de l'air ne lui soit tout-à-fait interdit. Avec ce soin j'ai pu conserver pendant plusieurs années de suite des fleurs de tilleul avec tout son arôme et sa belle couleur jaune. Le sureau, quoique conservé le même temps, n'a pris qu'une teinte légèrement jaune fauve; mais la petite centaurée, les roses rouges, le tussilage, la guimauve, le coquelicot, durent encore quoique leur récolte ait été faite depuis près de huit ans. S'il est des parties de certaines de ces plantes faciles à s'altérer, ce sont surtout les fleurs de coquelicots et d'*arnica montana:* elles donnent, comme on sait, naissance à des insectes qui les détruisent d'abord; avec la précaution que j'indique, elles peuvent se conserver très-long-temps, quoique mises dans des conserves couvertes simplement de leurs capsules de fer-blanc: il est bon à la vérité que celles-ci entrent en frottement.

Ainsi que ce qui précède, les fruits rentrent aussi dans la condition générale, et s'il en est qui doivent plus que tout autre être privés de leur humidité superflue, ce sont les amandes. MM. Henry et Guibourt pensent, au contraire, que ces fruits doivent faire une exemption à la règle générale, et que pour leur bonne conservation il est nécessaire de leur laisser une partie de l'humidité, que dans leur théorie on pourrait appeler constitutionnelle. C'est une erreur d'autant plus dangereuse, que leur autorité est d'un grand poids et que le commerce des amandes est immense.

Au mois d'octobre 1828, je pris environ vingt livres d'amandes douces de l'année, que j'exposai pendant huit à dix jours au-dessus du four d'un boulanger, dont la température était de 25 à 30°, et lorsqu'elles furent bien sèches et bien cassantes, je les enfermai encore chaudes dans six bouteilles de deux litres bien propres et bien sèches. Je les bouchai et mastiquai soigneusement, et je les laissai sur des rayons d'un rez-de-chaussée de sept à huit pieds au-dessus du sol. Chacune des années suivantes j'ouvris une de ces bouteilles, et j'y trouvai les amandes toujours aussi bonnes et aussi saines que le jour même de leur réclusion. La dernière bouteille fut ouverte, comme on pense bien, en 1834, six ans après la mise en expérience. Les amandes n'eurent jamais cet aspect translucide dont parlent MM. Henry et Guibourt, et je crois même pouvoir annoncer qu'il n'y a que celles déjà altérées et rances qui soient susceptibles, par la dessication, de perdre leur opacité. Il serait facile, me semble-t-il, d'après cela, d'isoler d'un tas d'amandes celles qui sont saines d'avec celles qui ne le sont pas; il suffirait, pour y arriver, de leur enlever toute l'humidité par une chaleur forte et soutenue. Je conclus, d'après ce qui précède et comme je l'ai déjà posé, que les amandes surtout doivent être privées de leur humidité pour pouvoir se conserver. Il n'est pas nécessaire, au reste, de pousser toujours aussi loin le soin à apporter à leur conservation: il m'a suffi le plus souvent de les bien sécher et de les enfermer à l'entrée de l'hiver dans de grands bocaux de verre couverts de capsules de fer-blanc, et de répéter cette dessication aux approches des chaleurs. Les amandes ainsi soignées passent facilement deux et trois ans sans s'altérer.

Les jujubes et les dattes principalement ne peuvent se conserver deux ou trois ans de suite, quelque soin dont on les entoure, si on ne les prive de leur humidité autant que possible: j'ai mis, ainsi qu'on le recommandait, des dattes bien saines avec du sucre en poudre, et la corruption du fruit a marché presque comme s'il avait été seul. Je fis plus, je mis des dattes à flotter dans un sirop de sucre très-cuit; le tout, dans un vase de faïence suffisamment clos, fut déposé en un lieu frais. A quelque temps de là, le sirop et le fruit avaient complétement disparu: je ne trouvai dans le vase que les noyaux et quelques débris attestant la multiplication des insectes. Si au contraire on les dessèche par une chaleur convenablement soutenue (et je crois qu'on peut le faire sans inconvénient pour l'usage pharmaceutique), et que dans cet état on les enferme dans des vases suffisamment clos et avec la précaution de chasser de temps à autre leur humidité hygrométrique, les dattes et les jujubes en particulier se conservent dans leur état sain pendant plusieurs années de suite. J'en ai depuis cinq ans qui ne paraissent pas sensiblement altérées.

La poudre de scille, parmi les plus simples préparations pharmaceutiques, passe pour un corps très-difficile à conserver. Avec la précaution de l'enfermer toute fraîche dans plusieurs flacons, on peut espérer de l'avoir bien disgrégée tout aussi long-temps qu'on voudra. Il suffira seulement de proportionner la capacité des vases à l'emploi de la poudre. Par ce simple moyen j'ai toujours vu chez moi la poudre de scille en molécules détachées.

Les cantharides aussi par leur prix élevé et leurs qualités héroïques, doivent être finement pulvérisées, parfaitement desséchées et distribuées dans des vases de verre bien bouchés et proportionnés, pour leur capacité, à la consommation. Je crois qu'il est inutile d'en conserver d'entières, et qu'il est toujours bon, au contraire, de les piler immédiatement après leur récolte. Remarquez bien que je dis de les dessécher après les avoir pulvérisées, afin d'être sur que leur volume ne

s'est pas opposé à leur pleine dessication, et que l'humidité dont elles ont pu se charger pendant la contusion ne pourra pas leur nuire plus tard.

Parmi les composés officinaux, les tablettes sont sujettes à s'humecter, à se ramollir avec le temps, et à perdre par conséquent les principales de leurs qualités, leur aspect et leur goût agréables. Ce n'est pas tout que de les avoir complétement desséchées une première fois, il faut encore avoir le soin de chasser l'humidité accidentelle dont je viens de parler, principalement si le vase qui les contient n'en recèle qu'une petite fraction de sa capacité et que vous soyez obligé de l'ouvrir souvent. Les anis sucrés sont dans le même cas, mais le cachou préparé se conserve très-bien sans cette précaution.

Pour les pastilles à la rose, à la menthe, si on vient à les enfermer peu de temps après les avoir faites, l'humidité qui s'en échappe se réunit de toutes parts sur le vase et leur fait perdre toute consistance. Il faut par conséquent répéter leur dessication de temps à autre, ce serait d'ailleurs presque en vain qu'on essayerait, *à priori*, de les dessécher complétement: cette qualité ne s'acquerrait, après une longue épreuve, qu'aux dépens de leur parfum.

Si l'humidité a jusqu'ici altéré les préparations pharmaceutiques, c'est justement une qualité opposée qui fatigue la pâte de guimauve. L'usage veut que cette composition ne soit ni trop molle ni trop dure. Pour la première de ces qualités, on l'obtient preque immédiatement; quant à la seconde on ne peut pas toujours la tenir dans de justes bornes. En l'enfermant dans une boîte de ferblanc, on peut espérer de ralentir pour beaucoup sa dessication; mais ce but n'est jamais atteint d'une manière certaine, si on n'a la précaution de ménager dans un des coins de la boîte un espace à pouvoir mettre au besoin une éponge mouillée: je l'ai toujours fait, et je m'en suis très-bien trouvé.

Pour conserver à certains extraits et à certaines masses pilulaires (pilules d'Anderson, de cynoglosse) leur mollesse primitive, il est bon de les loger dans un double vase, dans le premier desquels on met parfois quelques gouttes d'eau.

Le chocolat est encore un de ces composés que la moindre altération met hors d'usage. MM. Henry et Guibourt recommandent de l'éloigner également de la chaleur et de l'humidité. Pour moi, je crois que le dernier de ces agens est seul la cause de sa destruction: le signaler, c'est indiquer le remède. La seule précaution à observer, c'est d'éviter que la chaleur ne soit capable de liquéfier, ou ramollir par trop le beurre. 18° à 20° de chaleur sont presque suffisans pour chasser l'humidité, et incapables d'opérer la fusion de l'huile concrète.

Toutes les huiles fixes, liquides ou solides, végétales ou animales (huile d'olives, d'amandes douces, beurre de cacao, axonge), se conservent aussi longtemps qu'on le veut avec le seul soin de les enfermer dans des bouteilles bien pleines et bien bouchées. J'avais une précaution toute particulière pour boucher les vases de cacao et de graisse fraîche; c'était de mettre le bouchon immédiatement après les avoir remplis. Celui-ci, en entrant, faisait d'abord sortir une portion du liquide et se refusait à pénétrer davantage; mais le refroidissement, ramenant la liqueur sur elle-même, laissait assez d'espace pour loger le bouchon. Dans cet état, je renversais le vase sur lui-même, et le refroidissement s'achevant je regardais l'espace libre comme purgé d'air, et par conséquent hors des atteintes de cet agent, principal auteur de l'altération des corps gras.

Ce que je viens de dire des corps gras simples peut également s'appliquer à leurs composés. Ainsi les huiles, par infusion ou décoction, que depuis plus de douze ans j'appelais oleats (*oleata*), d'hypericum, de camomille, de narcotiques, et les graisses médicamenteuses que j'appelais également axungiats (*axungiata*), de peuplier, de laurier, se conservent de la même manière. Il est bon, à la vérité, de séparer de l'huile de narcotiques l'humidité et les mucosités qui s'en séparent à la longue. Tous ces médicamens doivent être placés dans des vases, tels qu'ils ne restent que quelques mois en vidange.

Si les huiles essentielles se conservent très-bien dans des flacons parfaitement pleins et bouchés, il n'en est pas de même de celles dont on use tous les jours, et que l'on est obligé d'ouvrir souvent. L'air, comme on sait, les change entièrement. Le seul moyen convenant que j'ai pu trouver pour ralentir leur altération, a été de les mélanger avec un poids d'alcool à 36° égal au leur. Cet alcool convenant, dans presque toutes les huiles essentielles, me permettait d'en mieux fractionner l'emploi, et formait à la surface de l'huile un bain qui l'isolait de l'air renfermé dans le vase, et présidait singulièrement à sa conservation. L'huile d'anis mélangée, comme je viens de le dire, a continué à cristalliser comme si elle était seule, bien qu'elle entraînât dans sa solidification les trois quarts de l'alcool.

Tous les sirops en général (moins quelques-uns, acides ou alcooliques) sont, avec toutes les variations de températures, très-difficiles à conserver. La fermentation est, on peut dire, le seul genre d'altération qu'ils éprouvent: car je n'appelle pas telle ces moisissures que l'on peut apercevoir à leur surface. Ces moisissures au contraire, chose digne de remarque, sont un garant assuré de non fermentation. Il ne m'est jamais arrivé de voir en même temps un sirop moisir et fermenter: l'un m'a toujours semblé l'exclusion de l'autre, et comme tout le monde le sait fort bien, et comme Baumé l'a dit lui-même, ces moisissures ne changent en rien la qualité des sirops, puisqu'elles sont toujours légères et superficielles; il m'est souvent arrivé de les provoquer sur les sirops que je ne devais employer que long-temps après les avoir faits, ou que l'on prépare en quantité éventuelle, comme celui de violettes, de pointes d'asperges.

Le laudanum liquide perd chaque jour, dans les vases en vidange, une portion de sa couleur en formant un dépôt vers son fond. Pour l'avoir avec toute sa robe

et ralentir pour beaucoup la formation de ce dépôt, il est important, après l'avoir préparé, de le distribuer dans des flacons bien pleins, proportionnés à son emploi, et de ne mettre dans le vase du détail que ce qu'il en faut pour peu de jours.

Les eaux distillées par la fréquence de leur emploi, la difficulté ou l'impossibilité même de les avoir dans toutes les saisons, et l'importance du rang qu'elles occupent dans la pharmacie, ont toujours été pour moi l'objet d'un soin tout particulier. Quoique MM. Henry et Guibourt, aient dit, comme M. Virey dans son excellent Traité de Pharmacie, presque tout ce qu'il était bon de connaître pour la conservation des eaux distillées, je crois cependant devoir ajouter ici le résultat de quelques observations particulières.

Au mois de juin 1828, je fis des eaux distillées et fortement chargées de sabine, de menthe verte, de matricaire, d'hyssope, de laurier-cerise, d'armoise, de rhue, de roses, de tilleul, de mélisse, de suc de tiges de laitue, et de feuilles de laitue.

L'eau distillée de sabine fut préparée avec la plante fraîchement cueillie, pilée dans un mortier de fer et soumise à la distillation avec le moins d'eau possible. Elle contenait une si grande quantité d'huile essentielle qu'elle en était toute louche, et que je pus en ramasser beaucoup à sa surface. L'eau ainsi séparée de la majeure partie de son essence, fut abandonnée à elle-même pour l'usage de la pharmacie, et sur un rayon de l'officine dans un vase de deux litres entièrement plein et fermé d'un bouchon de liège. Tant que ce vase a resté plein je n'ai pas vu de changement notable s'y passer, même après fort long-temps. Lorsqu'il a commencé à se vider (1), la quantité d'huile surnageante a commencé à décroître, et son anéantissement semblait augmenter avec l'espace libre. Après trois ans environ toute l'huile avait disparu, bien que le vase ne fût encore qu'à moitié. Depuis ce temps l'odeur se perd graduellement, et je ne doute même pas qu'elle ne s'en aille tout-à-fait, et que l'eau ne finisse par déposer ces flocons, si improprement connus sous le nom de mucilage.

L'eau de menthe a été faite avec la *mentha viridis* des botanistes; fraîchement cueillie, pilée avec soin et mise dans un alambic, avec de l'eau pour la baigner à moitié seulement. De quinze livres environ de cette plante on retira un peu plus d'une livre d'eau. Cette eau était fortement aromatique et surnagée d'huile essentielle. Après l'avoir séparée de l'huile surabondante, on la distribua dans deux flacons, dont l'un était bouché de verre et l'autre d'un simple cornet de papier. Après six mois de repos dans une cave, aucun changement sensible ne se voyait dans l'un ni dans l'autre flacon, alors je vidai à moitié le flacon qui n'était pas bouché et je continuai l'expérience. Après quelques mois l'huile avait disparu, et l'odeur s'était prodigieusement affaiblie. Dans le commencement de l'année 1830, l'odeur s'était dissipée presque entièrement et l'eau déposait des flocons de mucosités. Quant au flacon bouché de cristal, et qui n'avait jamais été ouvert, son odeur en 1831 était, je pourrais dire, aussi forte que le jour même de sa préparation. Ayant été suffisamment éclairé sur ce point, j'abandonnai là cette expérience.

L'eau de matricaire, préparée de la même manière que les deux précédentes, mais n'ayant pas fourni de l'huile à en pouvoir ramasser à sa surface, a été conservée dans un vase de pinte et demie à moitié plein et bouché de liége. L'odeur de la matricaire a disparu après quinze mois environ, et a été remplacée par une odeur de camphre très-caractéristique que l'eau conserve encore. Depuis 1828, jusqu'en 1835, il ne s'est déposé encore aucune mucosité dans ce flacon.

L'eau d'hysope, distillée et fortement chargée, s'est conservée pendant quatre et cinq ans dans un vase parfaitement plein et bouché de verre, tandis que dans un autre vase, qui n'était qu'à moitié rempli et bouché de papier, placé tout à côté, en moins d'un an celle-ci a laissé déposer un blanc de mucosité arrondi qui occupait la moitié du liquide. Cette mucosité avait grossièrement l'aspect du frai de grenouille. Pour chasser l'air du flacon, j'avais eu la précaution de dilater le liquide en plongeant le vase dans de l'eau bouillante, et de ne le boucher que lorsqu'une portion de liqueur s'était déjà épanchée.

L'eau de laurier-cerise fut préparée avec le double de la feuille indiquée par le Codex. Cette feuille fut longuement pilée dans un mortier de fer et soumise à la distillation. Il en sortit une liqueur laiteuse dont le repos isola une forte quantité d'huile. L'eau séparée par décantation de la majeure partie de cette huile fut distribuée dans trois flacons; l'un plein et bien bouché (j'ai dit comment j'avais bouché le flacon de l'eau précédente, et j'employai le moyen pour celui-ci), le second à moitié plein et bouché de liége et le troisième à moitié plein aussi et recouvert d'un simple papier. Celui-ci s'altéra et perdit sa lactescence et son odeur le premier; le second perdit beaucoup plus lentement son odeur en laissant ses parois recouvertes d'une matière résineuse brune qui n'était autre chose que son essence altérée. Quant au premier, après trois ans il avait toute son odeur, l'huile était encore fluide à son fond et se serait conservée beaucoup plus long-temps si l'expérience s'était prolongée.

Les eaux distillées d'armoise, de rhue, de roses, préparées de la même manière que les précédentes, se sont comportées comme elles. Ces eaux se sont toujours bien conservées dans des vases entièrement pleins et bien bouchés, et ont au contraire laissé déposer des mucosités toutes les fois que les vases n'ont été remplis qu'en partie ou qu'ils ont eu le contact de l'air. Je dois même dire à ce sujet que de l'eau de roses rectifiée en bain-marie pour, dans la théorie ancienne, en séparer les mucosités, en laissa plus déposer dans un vase en vidange que pareille eau non rectifiée. Plus les eaux

(1) Quand j'avais de l'eau, j'allais avec une pipette la ramasser au-dessous de la couche d'huile volatile.

de roses et de fleurs d'oranger, et toutes les eaux en général, sont fortes et bonnes, plus elles laissent déposer des mucosités quand leur décomposition arrive, de sorte que l'on peut jusqu'à un certain point reconnaître dans leurs débris quel était leur titre et leur recommandation initiale. Il n'est pas étonnant dès lors que l'eau rectifiée de roses déposât plus que toute autre.

L'eau de tilleul, préparée avec une forte dose de fleurs fraîches et bien pilées (8 livres de fleurs pour 28 livres d'eau), fut distribuée dans deux flacons de demi pinte, l'un entièrement plein et bouché de verre, et l'autre à moitié plein seulement, et fermé d'un cornet de papier. Le premier se conserva intact jusqu'en 1832, et aurait probablement duré beaucoup plus, bien qu'il eût été indifféremment exposé l'année entière au froid, au chaud, à la lumière directe ou à la lumière diffuse. Au bout de ce temps il avait encore et son arôme et sa limpidité. Quant au second, en moins d'un an il avait perdu toute son odeur, et une foule de mucosités avaient gagné son fond.

L'eau de mélisse, préparée de la même manière que l'eau de tilleul (quatre parties de plante pilée pour une livre d'eau), se comporte comme elle. Il y a cela de particulier pour cette eau, c'est que les mucosités, ou mieux les végétations (car je dois maintenant les appeler par leur nom), qui s'y forment, au lieu de gagner le fond du vase se tapissent contre les parois et y adhèrent fortement. Leur forme est celle de houpes ou d'agglomérations rayonnantes de deux à trois lignes de hauteur, et en telle façon qu'il me serait presque facile de reconnaître l'eau de mélisse altérée au milieu de ce congénère.

Vingt-cinq livres environ de suc de tiges de laitue en floraison et privées de ses feuilles furent soumises à la distillation pour en retirer un litre de liqueur. Cette liqueur fut distribuée en deux flacons, comme il a toujours été dit (l'un plein et bouché, et l'autre à moitié plein seulement et comme ouvert), l'un s'altéra assez promptement et déposa les végétations ordinaires aux eaux distillées, et l'autre s'est si bien conservé que je l'ai encore, et qu'on y reconnaît pleinement l'odeur forte et vireuse du suc distillé de laitue. Quoiqu'il y ait sept ans qu'elle ait été préparée, il est toujours aussi clair que le jour même de sa distillation.

Des tiges de laitues écrasées et distillées avec le moins d'eau possible fournirent une eau presque aussi forte que la précédente, et qui se comporta de la même manière; c'est-à-dire que le vase en vidange ne tarda pas à se gâter, tandis que l'autre est encore, je puis dire, parfaitement conservé. Je ne crois pas que la petite quantité de corpuscules qui y flottent dedans soient un indice de son altération, puisque son odeur n'a pas changé.

D'après ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conséquences suivantes :

1° Les eaux distillées chargées d'huile essentielle se conservent, quoique dans des vases non pleins, tant qu'il y a encore de l'huile à leur surface;

2° Cette huile s'altère par le contact de l'air, disparaît avec le temps et permet la décomposition de l'eau;

3° L'odeur des eaux distillées peut parfois se convertir en camphre et protéger encore les produits;

4° Les eaux faiblement odorantes ne peuvent se conserver qu'un temps très-petit dans des vases en vidange;

5° Ce que l'on a toujours désigné sous le nom de mucosités sont des végétations variables avec certaines eaux distillées et marquant leur décomposition;

6° Les végétations qui se forment dans les eaux distillées, étant le résultat de l'altération des principes organiques que l'eau avait soulevés, plus une eau en sera chargée plus les végétations seront abondantes (1);

7° Comme les huiles essentielles arrêtent la végétation, il n'est pas étonnant que les mucosités ne puissent se former dans un vase qui en recèle;

8° Le camphre ayant sur la végétation la même propriété que les huiles essentielles, il n'est pas étonnant non plus que les eaux qui lui empruntent l'odeur se conservent aussi;

9° Enfin, comme le disent MM. Henry, Guibourt et M. Virey toutes les eaux distillées, pour se conserver long-temps, doivent être renfermées immédiatement après leur préparation dans des vases bien pleins, bien bouchés et proportionnés à leur consommation.

Mémoire sur la berbérine considérée sous les rapports chimique, médical et industriel, par MM. Buchner *père et fils.*

Lu à la séance de l'Académie royale des sciences de Munich, du 9 mai 1835.

Extrait par M. Vallet.

Par sa lettre à M. Polydore Boullay, insérée dans le numéro de juin dernier du *Journal de Pharmacie*, M. Buchner fils annonçait la découverte de la berberine pure par son père, et faisait espérer que sous peu de temps ils publieraient en commun leur travail sur cette nouvelle substance. Ils ont aujourd'hui rempli leur promesse, et adressé à la société de Pharmacie un exemplaire de leur intéressant mémoire. Nous allons, sans nous arrêter à l'historique de la substance pour lequel nous renvoyons à la lettre de Buchner fils, examiner le travail en lui-même et voir s'il réunit les conditions que l'on est aujourd'hui en droit d'exiger de toutes recherches sur la chimie organique.

---

(1) Ceci est contradictoire avec ce que l'on lit dans le journal des pharmaciens du nord de l'Allemagne, qu'il faut rectifier les eaux distillées pour les priver du défaut de déposer des mucosités. Si on a cru leur reconnaître cette qualité, cela vient uniquement de ce que l'arôme ou principe huileux étant plus concentré, il pouvait protéger plus long-temps les eaux distillées. Mais en revanche aussi il doit les souiller davantage quand sa décomposition arrive.

Préparation de la berberine.

On verse sur l'écorce de la racine coupée menue une quantité convenable d'eau bouillante; on la laisse en digestion pendant quelques heures en remuant souvent; on décante et on répète encore cette infusion une ou deux fois. Le résidu est soumis à la presse; on passe les liqueurs réunies et légèrement chauffées, et on les évapore en consistance d'un extrait mou. On traite alors celui-ci à chaud et à plusieurs reprises, ou aussi long-temps que l'on obtient des solutions encore sensiblement amères, par de l'alcool de 82 pour cent; on sépare au moyen de la décantation les teintures colorées en brun de l'extrait hygroscopique qui est d'un rouge-brun; on les filtre; on retire par la distillation la majeure partie de l'alcool, et on abandonne la liqueur restante au repos, en un lieu frais, dans une capsule plate. Au bout de vingt-quatre heures on la trouve parsemée de petits cristaux fins plumeux de couleur jaune; on cherche à les séparer autant que possible de la masse brune et onctueuse qui les environne, en les exprimant dans un linge fin, et les lavant avec de l'eau froide.

Ces cristaux représentent alors la berberine impure. La propriété de la berberine d'être peu soluble dans l'eau et l'alcool froids, et de se dissoudre facilement au contraire dans l'eau et l'alcool chauds a fourni à MM. Buchner le meilleur procédé de purification. En effet, si on dissout la berberine impure dans de l'eau bouillante, cette substance se précipite par le refroidissement sous forme d'une masse cristalline très-volumineuse, tandis que la matière extractive reste en solution. Si on traite ce précipité encore une couple de fois par l'alcool bouillant, et qu'on filtre la dissolution encore chaude, on obtient, après le refroidissement de la liqueur légèrement concentrée, la berberine à l'état de pureté complète, et l'on n'a plus alors qu'à la recueillir sur un filtre, à la laver avec un peu d'alcool froid, et à la faire sécher à une douce chaleur. Les eaux-mères peuvent, au moyen d'une légère concentration, donner encore une certaine quantité de berberine pure; de manière à ce qu'à la fin il ne reste presque plus dans la solution qu'une masse brune, déliquescente.

Par ce procédé MM. Buchner ont retiré de 4 1/2 livres (à 18 1/2 onces) d'écorce de racine fraîche une once et une drachme de berberine pure. Ainsi 1,3 partie de berberine répondent à 100 parties de cette écorce.

Propriétés physiques et chimiques de la berberine.

La berberine, dans son état le plus pur, a l'aspect d'une poudre très-légère, composée d'aiguilles fines à éclat soyeux, d'une couleur jaune claire très-vive. On l'obtient sous une très-belle forme en laissant refroidir lentement une solution aqueuse ou alcoolique concentrée et préparée à l'aide de l'ébullition : elle cristallise alors en prismes fins à éclat soyeux, réunis en groupes rayonnés.

Elle a une saveur amère, forte, bien franche et qui persiste long-temps; mais elle est inodore.

Elle se montre tout-à-fait indifférente à l'action des papiers réactifs, excepté cependant qu'elle colore en vert celui de tournesol.

Elle n'est que très-peu soluble dans l'eau froide; mais sa couleur est si intense qu'une très-petite quantité suffit pour donner une teinte jaune sensible à beaucoup de liquide. La couleur de la solution étendue est d'un jaune pur : celle de la solution concentrée est d'un brun-jaune. 500 parties d'eau froide ne dissolvent qu'une partie de berberine à + 12° centigr.

Elle est également peu soluble dans l'alcool de 82 pour cent : elle s'y dissout dans le rapport d'une partie sur deux cent cinquante d'alcool à la température de + 12° centigr.

Elle se dissout beaucoup plus facilement, et on pourrait dire en toutes proportions, dans l'eau et l'alcool bouillans, et la majeure partie se précipite en cristaux aussitôt après le refroidissement.

Les essences de lavande et de térébenthine agitées avec la berberine ne se colorent que faiblement en jaune; la couleur devient cependant un peu plus intense à l'aide de la chaleur.

Les huiles grasses mises aussi en contact avec la berberine n'en dissolvent non plus qu'une petite quantité. Par l'élévation de température leur teinte se fonce sensiblement.

Elle est tout-à-fait insoluble dans l'éther pur, froid ou bouillant : elle est également insoluble dans le carbure de soufre, dans l'huile de pétrole rectifiée.

L'action des acides sur la berberine présente trois variétés : ou bien ils la détruisent et donnent naissance à d'autres produits, ou bien ils agissent en raison de leur plus grande affinité pour l'eau, et la précipitent de sa solution, ou bien ils la dissolvent en petite quantité, comme l'eau. L'action des acides sulfurique et nitrique concentrés sur la berberine sèche se rapporte à la première variété.

Si on verse de l'acide sulfurique concentré sur une petite quantité de berberine, celle-ci est dissoute aussitôt en donnant lieu à un fort soulèvement et à un liquide d'un vert olive; elle est alors complétement détruite. Si l'on étend la dissolution d'eau; la liqueur se décolore et il se forme un précipité abondant d'un brun foncé, insoluble également dans l'éther et l'alcool. Ce dépôt est dissous en toute proportion par les alcalis caustiques; et les acides le précipitent de nouveau de cette dissolution sous forme de flocons bruns. Le résultat de cette réaction est donc de l'ulmine.

L'action de l'acide nitrique concentré sur la berberine n'est plus la même. Il la dissout avec une vive réaction et dégagement de vapeurs nitreuses, et donne avec elle un liquide d'un beau rouge foncé. Si on chauffe, la couleur rouge disparaît dans la mesure de la concentration; elle devient jaunâtre, la liqueur finit par se décolorer presque complétement, et l'on n'obtient après le refroidissement que des cristaux d'acide oxalique pur.

La berberine est précipitée de sa dissolution par les acides sulfurique, nitrique et hydrochlorique concentrés, par l'acide phosphorique fondu, et en général par les acides qui ont beaucoup d'affinité pour l'eau. Les acides sulfurique et nitrique prennent alors une teinte légèrement rouge, tandis que les acides hydrochlorique et phosphorique n'altèrent pas la berberine même sèche. Ce qui prouve que les acides n'ont pas alors d'autre action, c'est l'effet produit par d'autres corps qui ont une grande affinité pour l'eau. Si, par exemple, on met un fragment de chlorure de calcium fondu dans la solution de berberine, on trouve bientôt la masse tombée en deliquium, entourée d'un nuage de berberine précipitée.

Enfin les acides qui dissolvent la berberine, comme l'eau, sont l'acide acétique et les solutions des acides tartrique, racemique, citrique et oxalique, etc. Ils laissent tous précipiter la berberine intacte par l'évaporation.

L'acide tannique, au contraire, forme une exception et produit réellement avec la berberine une combinaison insoluble dans l'eau. Si l'on mêle les dissolutions de ces deux corps, il se forme aussitôt un nuage jaune-brun, et au bout de peu de temps un précipité floconneux de même couleur.

Les alcalis et plusieurs terres ont sur la berberine une action bien différente de celle des acides; ils rendent sa couleur plus obscure, et forment avec elle de véritables combinaisons qui laissent reparaître la couleur jaune pure de la berberine par l'addition des acides.

L'ammoniaque versée sur la berberine la colore aussitôt en jaune-brun de même que sa dissolution, et elle la dissout avec la même couleur, mais non en quantité beaucoup plus considérable que l'eau. Si on chauffe cette dissolution jusqu'à volatilisation complète de l'ammoniaque libre, et qu'on l'évapore à une douce chaleur, il y a production de petits cristaux qui ont tout-à-fait la forme et l'amertume de la berberine, mais dont la couleur est brune. Humectés avec de la potasse caustique, ils développent une odeur sensible d'ammoniaque; mais arrosés avec un acide, ils reprennent la couleur jaune de la berberine.

La solution de potasse colore cette substance en brun rougeâtre sans en dégager d'odeur ammoniacale. Si on la fait bouillir avec cette solution, la majeure partie de la berberine se pelotonne, vient à la surface, se fond, et forme après le refroidissement et le lavage par l'eau une masse d'un brun hépatique, cassante, résinoïde et de saveur amère. Cette masse n'est que peu soluble dans l'eau; elle est plus soluble dans l'alcool, et cette dissolution évaporée donne des petits cristaux d'un rouge brun, comme la dissolution de berberine dans l'ammoniaque. Ils sont très-solubles dans l'acide acétique sans changement de couleur: l'acide hydrochlorique au contraire, ou tout autre acide énergique, font reparaître la couleur jaune clair de la berberine. Si on chauffe cette masse résinoïde bien lavée avec de l'eau sur une plaque de platine, elle se fond d'abord comme une résine, devient de nouveau cassante par le refroidissement, se charbone enfin à une température plus élevée comme la berberine pure, et laisse une cendre formée de carbonate de potasse.

La soude caustique agit tout-à-fait de même que la potasse sur la berberine. Elle forme également avec elle une combinaison cristallisable, peu soluble dans l'eau. Les carbonates simples à base alcaline obscurcissent aussi la couleur de la berberine comme les alcalis caustiques: il en est de même des dissolutions des terres alcalines. Ainsi sous ce rapport la berberine présente quelque ressemblance avec les matières colorantes jaunes de la rhubarbe et du curcuma, bien que ces dernières soient notablement plus foncées par les alcalis.

L'eau de chaux ne produit aucun trouble dans la dissolution de berberine, et la solution d'alun n'exerce absolument sur elle aucune action; par l'addition de la potasse il se produit, il est vrai, un précipité d'alumine légèrement coloré, mais la décoloration de la liqueur n'en a pas moins lieu.

La berberine donne avec les dissolutions de la plupart des oxides métalliques, des précipités insolubles ou peu solubles dans l'eau, et la liqueur est ordinairement alors tout-à-fait décolorée; la majeure partie de ces précipités ont un aspect cristallin.

Elle est précipitée avec une couleur jaune par les dissolutions de *proto-nitrate de mercure*, de *chloride de mercure*, de *nitrate d'argent*, de *chlorure* et de *chloride d'étain*, de *nitrate de cobalt*, d'*émétique* et de *chlorure de manganèse*.

Les dissolutions *de chloride de fer*, de *nitrate de bismuth*, de *chlorides d'or et de platine* donnent avec elle des précipités orangés.

Les dissolutions de *sulfate de cuivre* et de *nickel* la précipitent avec une couleur vive d'un vert jaunâtre.

L'acétate de plomb neutre et basique n'apporte pas aussitôt de changement dans la solution de berberine; même au bout de vingt-quatre heures on ne remarque qu'un très-léger trouble, et pourtant l'oxide de plomb a en général, comme on le sait, une affinité tout-à-fait marquée pour les matières colorantes semblables aux acides, et forme facilement avec elles des combinaisons insolubles. La dissolution de berberine n'est pas non plus troublée par celles de *sulfate de zinc* et de *protoxide de fer*.

Le chlore ne décolore que lentement et incomplétement la berberine comme la majeure partie des autres matières colorantes jaunes. Si l'on fait arriver du chlore gazeux sur la berberine sèche, elle se colore très promptement en rouge de sang et se dissout alors facilement dans l'eau. Si on continue le dégagement de chlore dans cette dissolution, il se forme peu à peu un précipité brun-noir, et la liqueur rouge de sang se décolore lentement dans la même mesure jusqu'à prendre une teinte d'un brun clair; mais la décoloration ne va pas plus loin. Ce précipité lavé et séché n'a ni odeur ni saveur; il est complétement insoluble dans l'eau froide et bouillante, soluble en partie seulement dans l'al-

cool bouillant; mais il se dissout facilement et complétement dans la solution de potasse étendue, d'où il est précipité en totalité sous forme de flocons bruns par l'addition des acides. Le chlore exerce donc sur la berberine une action semblable à celle de l'acide sulfurique, puisqu'il la transforme en une substance analogue à l'ulmine.

La berberine est facilement décomposée par la chaleur. A une température un peu plus élevée que celle de l'eau bouillante, elle tire sur le rougeâtre, mais elle reprend sa couleur primitive après le refroidissement.

Exposée à la flamme de l'esprit de vin sur une plaque de platine, elle se colore à l'instant en rouge puis en brun; elle fond, se boursoufle, répand une odeur désagréable qui est celle de l'empyreume animal, s'enflamme, et le charbon restant ne se consume que très-difficilement, mais sans laisser de résidu.

Mise dans une cornue et chauffée au bain d'huile, elle laisse dégager de l'eau à + 100° C., elle se colore en brun à + 130°, elle fond à + 160° — 200°; il passe à la distillation un liquide jaunâtre, empyreumatique; enfin à 220° elle se boursoufle et laisse pour résidu un charbon très-volumineux et d'un vif éclat métallique. Le produit de la distillation a une saveur âcre, répand une odeur très-désagréable qui prend à la tête et offre une réaction alcaline.

Si on soumet la berberine à la distillation avec de la chaux ou de la potasse, les mêmes phénomènes ont lieu : seulement la réaction alcaline du liquide distillé est plus prononcée.

Ainsi, d'après ces expériences, la berberine est un corps azoté.

Composition de la berberine.

La berberine employée à l'analyse élémentaire de cette substance était pure et bien séchée à une température de + 110° C.

Soumise à plusieurs reprises à la combustion par l'oxide de cuivre dans l'appareil de M. Liébig, d'abord pour la détermination du carbone et de l'hydrogène, puis dans l'appareil rempli d'acide carbonique pour celle de l'azote, elle a donné pour résultat la moyenne suivante :

Carbone.	61,23
Hydrogène.	5,49
Azote.	4,03
Oxigène.	29,25
	100,00

La composition atomistique qui s'accorde le mieux avec cette analyse est celle-ci :

				D'après le calcul.
Carbone.	33	atomes	= 2522,42 =	61,16
Hydrogène.	36	»	= 224,64 =	5,44
Azote.	2	»	= 177,04 =	4,29
Oxigène.	12	»	= 1200,00 =	29,11
			4124,10 =	100,00

Pour déterminer le poids atomique exact de la berberine et sa capacité de saturation, MM. Buchner ont choisi sa combinaison avec l'oxide d'argent. Ils se sont procuré celle-ci en mêlant une solution aqueuse de berberine préparée à chaud avec une solution de nitrate d'argent, lavant le précipité jaune sur un filtre et le séchant à une température de + 110°. Cette combinaison brunit très-promptement à la lumière, aussi doit-on toujours faire les opérations précédentes à l'abri de cet agent.

I. 0,4 berber. d'arg.	ont donné par la	combus.	0,097	arg. métalliq.
II 0,3	»	»	0,072	»
III. 0,5	»	»	0,124	»

D'après ces résultats, cette combinaison est formée sur 100 parties de :

	I.	II.	III.	Moyenne.
Oxide d'argent.	25,99	25,77	26,20	25,98
Berberine.	74,01	74,23	73,80	74,02
	100,00	100,00	100,00	100,00

ou d'après la composition atomistique de

				Calculé.
Oxide d'argent.	1	atome	= 1451,607	25,97
Berberine.	1	»	= 4135,794	74,03
			5587,401	100,00

Or, comme 25,97 d'oxide d'argent exigent 74,03 de berberine pour leur saturation, il faut pour 100 parties de berberine 35,08 d'oxide d'argent contenant 2,416 d'oxigène, et par conséquent la capacité de saturation de la berberine est = 2,416.

L'oxigène de l'oxide d'argent est à très-peu de chose près à celui de la berberine, comme 1 : 12; ainsi un atome de berberine contient 12 atomes d'oxigène, et la formule de la berberine libre et combinée avec les bases est 33 C + 36 H + 2 Az + 12 O, et son nombre atomique d'après la composition théorique = 4124, ce qui diffère peu de celui trouvé par l'analyse du sel d'argent.

Telles sont les propriétés physiques et chimiques de la berberine; leur nombre, et la circonspection avec laquelle elles ont été présentées semblent remplir les conditions nécessaires pour assurer à un nouveau corps une place durable dans le système de la chimie.

MM. Buchner croient devoir ranger cette substance parmi les sous-acides, parmi les matières colorantes. Si c'est de la rhubarbarine que sa forme, sa couleur, sa saveur et sa manière d'être avec les alcalis la rapprochent le plus, d'un autre côté sa constitution chimique, qui présente 2 atomes d'azote, pourrait la faire placer à côté de l'indigo, du carmin, du tournesol, et en général à côté des matières colorantes azotées.

Propriétés médicales de la berberine.

L'écorce de la racine de berberine a été employée

avec succès et souvent préconisée dans les seizième, dix-septième et dix-huitième siècles par plusieurs médecins distingués, contre différentes cachexies, et surtout contre la jaunisse et d'autres affections du foie, et l'on a fait déjà alors plusieurs fois l'observation qu'à hautes doses elle agit comme un purgatif.

L'un des auteurs de ce mémoire a fait sur lui-même plusieurs essais thérapeutiques avec de la berberine pure, et a reconnu qu'à petites doses de 1 à 10 grains ce corps jouit d'une efficacité bien marquée comme tonique non irritant ou comme purgatif. Il a donc cru devoir communiquer les propriétés de la nouvelle substance à la réunion de l'année dernière des médecins et des naturalistes à Stuttgardt pour provoquer l'emploi de la berberine.

Application de la berberine aux arts.

MM. Buchner ont teint de la toile, de la soie, du coton et de la laine avec une dissolution de berberine : tantôt ils les ont teints sans préparation préalable ; tantôt ils ne les ont passés au bain de teinture qu'après les avoir imprégnés de différens mordans tels que l'hydrochlorate d'étain, le sulfate de cuivre et l'infusion de noix de galle.

Les étoffes teintes avec la simple dissolution du principe colorant reçoivent toutes une très-belle couleur ; il semblerait que cette matière aurait par elle-même une grande tendance à se combiner avec la fibre ; du moins les étoffes ne perdent pas sensiblement de leur belle couleur jaune par le lavage à l'eau simple ou à l'eau de savon. La soie offre la plus belle teinte, puis viennent la laine, le coton et enfin la toile dont la couleur résiste le moins au lavage.

Les étoffes préparées d'abord avec de l'hydrochlorate d'étain prennent une teinte encore plus fraîche et plus agréable que celles qui sont teintes avec la simple dissolution de la berberine, et se laissent également très-bien laver : les étoffes de soie sont encore ici celles dont la couleur est la plus belle : après elles vient le coton, puis la laine et enfin la toile.

Les étoffes trempées préalablement dans le bain de sulfate de cuivre prennent par la teinture une couleur vive très-belle, d'un vert-jaune ou d'un jaune verdâtre. Cette couleur tient surtout très-bien sur la soie et sur la laine.

Enfin, quant aux étoffes préalablement passées à la noix de galle, elles se colorent toutes, mais surtout celles de soie et de laine, en un jaune-brun assez agréable, et se laissent aussi très-bien laver, à l'exception de celles de toile.

Il résulte des propriétés chimiques de la berberine que la couleur de ces étoffes n'est pas altérée par les acides étendus, mais qu'elle devient brunâtre par les solutions alcalines.

Ainsi ce principe colorant pourrait très-bien être appliqué à la teinture, surtout de la soie et de la laine ; mais il offre, comme la majeure partie des couleurs jaunes végétales, l'inconvénient de pâlir promptement au soleil ; toutefois, les étoffes préalablement passées au bain de noix de galle résistent mieux à son action que les autres, et même la couleur de la soie et de la laine en devient plus belle.

En résumé, ce travail fait avec beaucoup de soin et d'exactitude nous a semblé aussi complet que possible. La petite quantité de poudre de berberine qui accompagnait la lettre de M. Buchner fils nous a permis de vérifier les principales propriétés de cette substance, et de présenter à la société de Pharmacie un échantillon de sa cristallisation.

Etude sur les matières colorantes du sang ; thèse présentée et soutenue à l'École de Pharmacie de Paris, le 4 juillet 1835, par M. Martial Sanson de Calais.

Extrait par M. F. Boudet.

Jusqu'à l'époque où M. Le Canu fit connaître les résultats de ses recherches sur la matière colorante du sang, la chimie n'avait présenté sur ce sujet que des données très-vagues. Cet habile chimiste, après avoir obtenu d'abord l'hématosine, et signalé ses propriétés caractéristiques, est parvenu à la décomposer elle-même en albumine et en une matière colorante beaucoup plus pure, à laquelle il a donné le nom de *globuline.*

Mais, dit l'auteur de cette thèse, la globuline est-elle la matière colorante pure? C'est l'opinion d'un petit nombre de chimistes. La grande quantité de fer qu'elle contient donne à penser que le peroxide de fer obtenu n'est pas exempt de sels terreux; d'ailleurs on est généralement d'accord sur la présence de l'albumine dans la globuline.

Quoi qu'il en soit, la propriété dont jouissent l'ammoniaque et l'alcool de dissoudre la globuline, indique assez que ces caractères appartiennent à la matière colorante pure, et qu'ils doivent être bien plus prononcés dans cette substance lorsqu'elle est privée d'albumine. Ainsi on ne saurait trop reconnaître l'influence que ces observations nouvelles doivent avoir sur la marche à suivre par ceux qui s'occuperont à l'avenir de recherches sur le sang.

La solubilité dans l'alcool de la matière colorante du sang combinée avec l'acide hydrochlorique, étant bien démontrée, je fis une série d'expériences avec d'autres acides, en variant les circonstances des opérations.

Dans le cours de ces expériences, M. Sanson ayant observé que la combinaison du sang desséché avec l'acide sulfurique, acquérait, après un certain nombre de lavages, la propriété de colorer l'eau en rose, imagina d'appliquer l'action de l'alcool à cette même combinaison au moment où elle commence à teindre l'eau. Après l'avoir fait digérer pendant douze heures dans l'alcool à 36° froid, il obtint une liqueur fortement acide et d'une couleur rouge vineuse. Saturée par l'am-

moniaque et filtrée, cette liqueur abandonna du sulfate d'ammoniaque, et devint semblable à une solution d'hématosine.

Évaporée à siccité, elle laissa dans la capsule, sous forme d'enduit, une matière qui communiqua à l'alcool froid une teinte rouge de sang, passant au rose foncé sous l'influence des acides, et au rouge vif au contact des alcalis.

Guidé par cet aperçu, M. Sanson entreprit de soumettre le sang à un examen méthodique, dans le but surtout d'étudier les matières colorantes qu'il renferme.

Il prit du sang de bœuf desséché, et après l'avoir réduit en poudre, le fit bouillir dans l'alcool à 18°, qui lui enleva un peu de graisse et quelques sels. La matière fut alors lavée avec de l'eau distillée. L'évaporation des eaux de lavage fournit un résidu d'une couleur jaune foncé, et d'une saveur fortement salée. Ce résidu, successivement dissous dans l'alcool à 18°, et dans l'alcool à 36° additionné d'éther, fut débarrassé par le filtre de ses parties salines et albumineuses, et fournit en définitive une liqueur teinte en jaune d'or par une matière colorante, qui sera étudiée plus tard.

Le sang ainsi privé des sels solubles qu'il renferme, et d'une partie de sa matière jaune, fut séché à l'étuve et épuisé en diverses reprises par l'alcool à 36° bouillant. Les trois premiers traitemens alcooliques isolés des derniers, qui furent mis à part sous le nom de liqueur B, furent examinés d'abord et évaporés au seizième de leur volume; ils abandonnèrent un enduit gras que l'alcool, à 36° bouillant, partagea en cholestérine soluble et en une matière brune insoluble peu abondante.

Cette matière, qui est d'une couleur brune, molle, à la température de l'alcool bouillant, mais sèchée et cassante lorsqu'elle est froide, fut mise à bouillir avec l'éther; après avoir filtré, il resta une substance noire qui n'est que de la matière animale altérée. La liqueur éthérée se troubla par le refroidissement, et laissa déposer une matière blanche pulvérulente, que ses caractères firent reconnaître facilement pour la séroline de M. Boudet. Ce chimiste, dans un travail sur les graisses du sang humain, y avait déjà prouvé la présence de la cholestérine: ce qui précède ne vient donc qu'à l'appui de ce qu'il a découvert le premier; mais puisque c'est sur du sang de bœuf que j'opère, il est démontré que la cholestérine et la séroline existent dans le sang des animaux.

Après avoir également constaté l'existence d'une matière savonneuse dans les liqueurs alcooliques qui avaient laissé déposer la séroline et la cholestérine, M. Sanson passe à l'examen de la liqueur B.

Cette liqueur, évaporée à siccité, laissa dans la capsule un produit mixte, composé de trois substances faciles à séparer les unes des autres. L'eau froide enleva une matière jaune, l'alcool tiède une matière grasse, et il resta un enduit très-léger de matière bleuâtre, qui, purifiée au moyen de l'éther et de l'alcool à 40° de température, se dissolvit dans l'alcool bouillant, en lui communiquant une belle couleur bleue de ciel.

M. Sanson revient ensuite au sang épuisé par l'alcool et par l'eau. Cette matière, dit-il, est restée imbibée d'une grande quantité d'alcool que l'on peut presque évaluer à la moitié de son poids; je remarquai alors qu'elle était d'un rouge très-prononcé, tandis que, imbibée d'eau, sa couleur était brune foncée.

Cette matière, desséchée à l'étuve, fut traitée de la manière suivante par l'acide sulfurique concentré : je versai dans une capsule une certaine quantité d'acide, j'en saupoudrai la surface avec le sang; ce dernier ne tarda pas à s'imbiber, puis à se prendre en une pellicule d'un rose foncé que j'enlevai; je continuai ainsi à traiter par partie toute ma poudre; par ce mode d'opérer, l'acide, en réagissant sur le sang, ne produisit pas d'élévation de température sensible.

La matière acide fut jetée ensuite par parties dans une grande quantité d'eau; et même, pour que l'élévation de la température produite par la combinaison de l'eau et de l'acide soit plus faible, il convient d'entourer d'un mélange réfrigérant le vase dans lequel se fait l'opération. En contact avec l'eau, le sang acide se contracta, devint dur et noir; l'ayant jeté sur un filtre, il fut lavé jusqu'à ce que les liqueurs commençassent à devenir roses. Arrivé à ce point, la matière était encore très-acide; après l'avoir comprimée entre des papiers joseph pour lui enlever la plus grande partie de l'eau, je la mis à digérer dans de l'alcool à 36°; après vingt-quatre heures de digestion, j'obtins par la filtration une liqueur alcoolique de couleur rose très-foncée; la matière, par une nouvelle digestion dans de l'alcool froid, donna une liqueur rose foncée, d'une teinte un peu plus faible : ces deux produits furent réunis comme contenant le même principe. Je traitai ensuite par l'alcool bouillant à diverses reprises, jusqu'à ce que ce dernier n'entraînât plus rien. Les premières liqueurs que j'obtins avaient une couleur pourpre tirant sur le brun; celles qui suivirent devenaient de plus en plus brunes.

Donc, deux sortes de liqueurs : la première, que je nommerai C, a été obtenue par la digestion à froid de l'alcool sur la matière; la seconde, que je désignerai par D, a été obtenue par l'ébullition de l'alcool sur la matière épuisée. J'eus de plus un résidu solide teint légèrement en brun : ce dernier était formé d'albumine et de fibrine teintes par un peu de matière colorante altérée.

La liqueur C, soumise à la distillation, après avoir été saturée par l'ammoniaque, puis évaporée dans une capsule jusqu'à ce que le liquide ne fût plus qu'une solution aqueuse de sulfate d'ammoniaque, dans laquelle nageait une matière noire brunâtre, fut alors jetée sur un filtre. Après l'avoir lavée à l'eau distillée, jusqu'à ce que l'eau sortît sans saveur, je versai dans le filtre une certaine quantité d'alcool à 36°, aussitôt il filtra une liqueur rouge de sang Je séparai deux matières : l'une rouge, soluble dans l'alcool froid; l'autre brune, insoluble, qui resta sur le filtre.

La liqueur alcoolique, qui contenait la matière rouge

en solution, ayant été évaporée à siccité, puis traitée par l'acide hydrochlorique étendu de six parties d'eau, l'acide prit alors une teinte rose foncée, et laissa un résidu brun qui n'était rien autre chose que de la matière brune déjà obtenue, et qui avait sans doute été dissoute à la faveur de la matière rouge. La solution acide rose foncée, saturée avec précaution par l'ammoniaque, laissa déposer des flocons qui, vus entre l'œil et la lumière, sont transparens et de couleur rouge vif : cette matière est la matière colorante pure.

La liqueur D, traitée de la même manière que la précédente, me donna les mêmes produits. Ainsi cette liqueur contenait de la matière rouge et de la matière brune ; seulement elle différait par les proportions bien plus grandes de la matière brune.

Il résulte, de toutes les opérations précédentes, quatre matières colorantes ; une jaune, une bleue, une rouge et une brune. Je vais examiner chacune d'elles en particulier.

Matière jaune.

Cette matière est soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther et les graisses. Les acides concentrés et les alcalis ne lui font éprouver aucun changement à froid. Quand elle est sèche et en masse, sa couleur tire sur le rouge, alors elle paraît d'un jaune oranger. Cette substance est regardée comme analogue à la matière jaune de la bile ; c'est elle qui colore en jaune le sérum du sang, et les graisses que l'on obtient en traitant le sang par l'alcool. Comme elle a une grande tendance à se combiner avec d'autres matières, il devient difficile de l'avoir parfaitement pure : le chlore la décolore, la liqueur acide ne contient pas de fer.

Matière bleue.

Le meilleur moyen pour préparer cette matière, consiste à précipiter le sang par le sous-acétate de plomb, à sécher le précipité obtenu, et à le traiter par l'alcool à 36° bouillant, qu'il colore promptement en bleu ciel. Les premières liqueurs alcooliques se troublent par le refroidissement, et laissent déposer une grande quantité de graisse qui entraîne avec elle la matière bleue ; mais au bout d'un certain temps on obtient une teinture qui reste transparente, et dont il est facile de séparer la matière bleue par le procédé indiqué plus haut. Cette substance a déjà été signalée par MM. Chevreul, Le Canu et Lassaigne, dans le sang de plusieurs ictériques ; mais d'après les expériences de M. Sanson, elle constitue aussi un des élémens du sang à l'état sain. A l'état de pureté elle est insoluble dans l'alcool froid, l'éther et l'eau ; elle est un peu soluble dans l'alcool bouillant, mais elle semble s'en précipiter par le refroidissement. Les acides concentrés ne lui font éprouver aucune altération ; l'acide sulfurique la décompose, mais il faut pour cela qu'il soit très-concentré. L'ammoniaque ne l'altère pas ; cependant j'ai remarqué que l'ammoniaque, versée dans la solution alcoolique, lui faisait prendre une teinte verdâtre, et que l'addition d'un acide pour saturer l'alcali lui restituait sa couleur bleue : le chlore la décolore très-facilement. Sa solution, évaporée pour volatiliser l'excès de chlore, ne donne aucune réaction ferrugineuse par le prussiate de potasse ; d'où l'on peut conclure que le fer n'entre pas dans sa composition.

Matière colorante rouge.

M. Sanson s'est attaché d'abord à déterminer les caractères qui distinguent cette matière de la globuline de M. Le Canu, et a comparé dans le tableau suivant leurs propriétés respectives.

AGENS.	GLOBULINE.	MATIÈRE COLORANTE ROUGE.
Dans l'eau.	Insoluble.	Insoluble.
Dans l'alcool.	*Id.*	Soluble en toute proportion.
Dans l'éther.	*Id.*	*Id.*
Liqueur très-légèrement alcaline.	Peu soluble.	*Id.*, rouge de sang.
Eau acidulée.	Insoluble.	*Id.*, rouge rose.
Acide hydrochlorique concentré.	Solution brune.	Couleur rose foncée.

AGENS.	SOLUTION D'HYDROCHLORATE DE GLOBULINE DANS L'ALCOOL.	SOLUTION DE MATIÈRE COLORANTE DANS L'ALCOOL ACIDULÉ.
Chlore.	Précipité blanc, la liqueur filtrée et évaporée puis traitée par l'eau, donne la réaction ferrugineuse.	Pas de précipité. La liqueur évaporée puis traitée par l'eau, ne donne pas de réaction ferrugineuse.
Infusion de noix de galle.	Précipité brun.	Pas de précipité.
Prussiate de potasse.	*Id.*	*Id.*
Hydriodate de potasse.	*Id.*	*Id.*
Ammoniaque.	Précipité.	*Id.*

Réaction offerte par le gaz.

La solution aqueuse n'est altérée que par les gaz sulfureux et hydrochlorique, qui agissent comme des acides et la colorent en rose.

Le chlore la décolore; par le contact des premières bulles de gaz, elle devient brune, puis enfin jaune. Il ne se fait pas de précipité dans la solution alcoolique; la liqueur évaporée laisse un enduit jaune, insoluble dans l'eau; soluble dans l'alcool et les alcalis, d'une saveur amère; enfin elle se ramollit entre les dents comme une résine.

La solution de la matière rouge dans l'acide hydrochlorique ayant été traitée par le chlore, se décolora plus difficilement que la solution alcoolique, et laissa déposer la matière résineuse précitée. L'eau acide ne donna aucune réaction ferrugineuse par le prussiate de potasse; après l'avoir fait bouillir afin de dégager l'excès de chlore.

Cette matière rouge se distingue surtout par sa solubilité dans l'éther et dans l'alcool; elle se dissout dans tous les acides concentrés et étendus, en donnant à ces derniers une couleur rose foncé. Les liqueurs alcalines, même les plus faibles, telles que les solutions de borate et de bi-carbonate de soude, la dissolvent d'une manière très-sensible, et se colorent en rouge vif. La chaleur et les alcalis concentrés l'altèrent et la convertissent en substance brune-verdâtre; mais ce qui la caractérise principalement, c'est que, contre toute attente, elle ne contient pas de fer.

L'acide sulfurique concentré dénature la matière rouge, et la transforme en une substance d'un brun verdâtre qui se produit avec d'autant plus de rapidité et d'abondance, que l'acide est plus concentré.

Matière brune.

Cette matière est brune quand elle est hydratée, et prend une teinte violette foncée par la dessication. L'alcool bouillant lui enlève une certaine quantité de matière rouge plus ou moins altérée, et laisse une substance pulvérulente de couleur violette foncée, qui fournit par incinération un résidu considérable de peroxide de fer. Cette matière insoluble, dans l'eau, dans l'alcool et les acides étendus, mais soluble seulement dans les acides concentrés, paraît n'être que le résultat de l'action trop vive de l'acide sur la matière colorante. Cette opinion s'accorde, d'ailleurs, avec l'altération que la matière colorante éprouve de la part de l'acide concentré. Il semblerait, d'après cette observation, que l'acide sulfurique faible pourrait fournir le moyen d'obtenir toute la matière colorante sans altération; mais il n'en est point ainsi. L'acide faible n'agit point assez énergiquement pour désunir les principes immédiats du sang, et l'opération ne fournit alors qu'une espèce de globuline, c'est-à-dire un mélange de matière colorante de fer et d'albumine.

Cherchant ensuite à combattre d'avance les doutes qui pourraient s'élever sur la préexistence de sa matière rouge dans le sang, M. Sanson démontre par l'expérience que, l'albumine ni la fibrine, ne fournissent aucun principe soluble à l'alcool, lorsqu'on les soumet au même traitement qui sert à extraire la matière colorante du sang. Plus loin il fait remarquer que cette matière présente la même couleur que la solution d'hématosine, et qu'elles prennent l'une et l'autre une couleur rouge plus vive au contact des alcalis. Enfin il cite comme dernier argument, en faveur de son opinion, que du sang privé de matières grasses, et soumis à l'action d'un courant de chlore, puis lavé et séché, cède ensuite à l'alcool une matière semblable à celle que l'on obtient en traitant directement la matière colorante par le chlore; tandis que le sang, épuisé de sa matière colorante au moyen de l'acide sulfurique et de l'alcool, ne fournit rien de semblable.

La thèse de M. Sanson se termine par quelques considérations sur l'état auquel le fer se trouve dans le sang, et sur les modifications que ce liquide éprouve dans sa couleur pendant l'acte de la respiration. Après avoir fait remarquer d'abord que l'absence du fer, dans la matière rouge du sang, réduit de beaucoup la part que l'on a cru jusqu'ici pouvoir lui attribuer dans la coloration du sang, l'auteur discute les diverses opinions qui ont été émises au sujet de ce métal, et paraît s'arrêter à l'idée qu'il existe à l'état d'oxide dans le sang.

S'il m'était permis, dit-il ensuite, d'avoir une opinion sur des phénomènes aussi importans que ceux de la respiration, je pourrais dire qu'on a été trop préoccupé jusqu'à ce jour par les changemens que la matière colorante éprouve dans sa couleur. Il est certain que la respiration n'a pas lieu seulement pour donner au sang une autre couleur: l'albumine et la fibrine doivent éprouver dans les poumons une modification qui influe aussi sur la nature des gaz expirés; la preuve, c'est que le sang artériel est moins coulant et plus plastique que le sang veineux; ce qui indique que la fibrine n'est plus dans le même degré de solubilité par rapport au liquide. Or, ce changement peut avoir de l'influence sur la couleur du liquide.

J'attache cependant peu d'importance à une opinion qui n'est soutenue que par des argumens bien faibles. Mais je crois devoir insister sur la présence de la matière bleue, et sur la nature tout-à-fait inorganique de la matière qui colore le sang en rouge, mon opinion étant sur ce point appuyée sur des faits qui me semblent assez concluans.

Tel est, je crois, le résumé exact de la thèse que M. Sanson vient de soutenir devant l'École de Pharmacie de Paris; j'ai pris à tâche de reproduire textuellement plusieurs passages, afin que nos lecteurs pussent juger le style simple et clair de l'auteur. Je m'estimerai si mon travail peut donner une juste idée de ce début remarquable d'un jeune confrère qui promet de faire honneur à la pharmacie.

—

NOUVELLES DES SCIENCES.

Chimie.

Dans la séance de l'Académie des sciences du 13 juillet, M. Dumas a fait en son nom et en celui de M. Peligot la communication suivante sur un nouveau carbure d'hydrogène :

« Dans notre précédent mémoire sur le méthylène et l'esprit de bois, se trouve établie l'existence d'un nouvel alcool. On connaît donc aujourd'hui deux carbures d'hydrogène $C^4 H^4$ et $C^8 H^8$ capables de former chacun deux hydrates et un grand nombre de combinaisons éthérées. On sait qu'il en existe un troisième qui a pour formule $C^{16} H^{16}$; mais on n'a point examiné les composés qu'il peut produire. Pour montrer combien la série formée par ces carbures d'hydrogène isomériques est régulière et abondante, il nous suffira d'annoncer la découverte d'un carbure nouveau qui a pour formule $C^{64} H^{64}$. Ainsi voilà quatre carbures d'hydrogène qui sont identiques pour la composition, mais dans lesquels la condensation des atomes se trouve exactement comme les nombres 1, 2, 4, 16, ce qui semble indiquer l'existence de composés intermédiaires qui ne seraient pas encore connus.

Le nouveau carbure d'hydrogène que nous annonçons s'obtient en distillant l'éthal avec de l'acide phosphorique vitreux ou anhydre. C'est un liquide incolore, huileux, bouillant vers 260° centigrades. On peut le distiller sur du potassium. L'analyse de ce produit se confond avec celle du méthylène et de l'hydrogène bi-carboné, mais la formule se représente, comme nous l'avons dit, par $C^{64} H^{64}$.

Il résulte évidemment de la préparation même de ce corps et de l'analyse de l'éthal que cette dernière substance doit se représenter par $C^{64} H^{64}$, $H^4 O^2$, c'est-à-dire des volumes égaux du nouveau carbure d'hydrogène et d'eau. Distillée avec de l'acide phosphorique, elle perd son eau et le carbure devient libre. L'éthal est donc un nouvel alcool, et comme elle se produit pendant la saponification du blanc de baleine ou *sperma ceti*, nous donnerons le nom de *cétène* à l'hydrogène carboné dont nous venons de parler et l'éthal deviendra un bi-hydrate de cétène. Quand on distille un mélange d'éthal et de perchlorure de phosphore, on obtient un produit liquide, huileux, bouillant vers 320° centigrades et brûlant avec une flamme verte sur les bords ; c'est du chlorhydrate de cétène qui donne à l'analyse exactement $C^{64} H^{64}$, $Cl^2 H^2$. C'est un composé de volumes égaux de cétène et d'acide chlorhydrique exactement semblable aux composés correspondans du méthylène et de l'alcool. En mettant l'éthal en contact avec l'acide sulfurique concentré, il se forme de l'acide sulfocétique qui se prend en masse. Le sulfocétate de potasse ressemble beaucoup à un savon; il cristallise très-bien dans l'alcool. Il est formé de $C^{64} H^{64}$, $SO^3 + KO$, $SO^3 + K^2O$. Cette formule est exactement semblable à celle du sulfovinate de potasse. Enfin, le blanc de baleine est un composé défini formé d'un atome d'acide oléique, d'un atome d'acide margarique, de trois atomes de cétène et de trois atomes d'eau.

Ces faits suffiront pour établir la théorie du cétène et de ses diverses combinaisons ; ils prouvent jusqu'à l'évidence que le blanc de baleine est un corps analogue aux éthers, et l'éthal un composé semblable à l'alcool ou à l'esprit de bois. La saponification du blanc de baleine se passe donc de la même manière que la décomposition des éthers composés, par la potasse. L'analogie entre les corps gras et les éthers, signalée par M. Chevreul et par l'un de nous (M. Dumas), se trouve donc vérifiée en ce qui concerne le blanc de baleine.

Nous ferons remarquer, en terminant cette note, que les divers carbures d'hydrogène isomériques, dont nous avons donné la liste, forment des composés d'autant plus stables que leur poids atomique est plus faible. Le cétène est donc celui dont les combinaisons paraissent les moins stables. Au contraire, plus le poids atomique du carbure s'élève, plus aussi le point d'ébullition du carbure lui-même ou de ses composés se trouve élevé. Nous déterminerons quelques points d'ébullition pour des combinaisons correspondantes d'une manière parfaitement exacte.

A.-F. B.

Dans la séance du 20 juillet, M. J. Pelouze a lu un mémoire sur quelques combinaisons d'un nouvel acide formé d'azote, de soufre et d'oxigène. En attendant que nous imprimions le mémoire en entier, voici quelques-uns des principaux résultats qu'il renferme :

En soumettant à un froid de 15 à 20° un mélange de potasse, de soude ou d'ammoniaque et de deutoxide d'azote, ces deux corps disparaissent complétement et donnent naissance à de nouveaux sels ayant pour formule chimique $Ko\ Az^2\ So^4$ $Nao\ Az^2\ So^4$, $H^6\ Az^2\ Az^2\ So^4 + H^2\ O$. Ces sels cristallisent avec la plus grande facilité. Ils présentent cela de remarquable, que la plupart des corps qui décomposent l'eau oxigénée en opèrent également la décomposition, sans rien leur prendre comme sans rien leur céder, c'est-à-dire par une simple action de présence.

Les alcalis augmentent beaucoup la stabilité de ces sels que M. Pelouze a appelés *nitrosulfates*, et paralysent complétement l'action de la mousse de platine, de l'argent, de la poussière de charbon et de tous les autres agens qui opèrent si facilement la décomposition des *nitrosulfates* quand ceux-ci sont dissous dans l'eau pure.

Les nitrosulfates s'obtiennent avec une grande facilité en faisant passer, pendant plusieurs heures, un courant de deutoxide d'azote dans un sulfite dissout dans de l'eau fortement alcaline. Sous l'influence des agens dont il a été parlé, ils se transforment constamment en sulfates neutres et en protoxide d'azote.

M. Pelouze a cherché sans succès à préparer l'acide nitrosulfurique sans le secours des bases, et il a eu occasion de remarquer un fait qui est en contradiction

manifeste avec tout ce qui a été publié sur la théorie de la fabrication de l'acide sulfurique; c'est que sous l'influence de l'eau seule, et sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'air ou l'oxigène, l'acide sulfureux est transformé en acide sulfurique. 200 volumes de deutoxide d'azote et 100 volumes d'acide sulfureux donnent de l'acide sulfurique et un résidu de protoxide d'azote pur, égal à 100 volumes.

A.-F. B.

Effets d'une froidure rigoureuse.

Le capitaine Ross, dans son second *voyage* au pôle nord, tom. 2, p. 306, *sq.*, a fait le 1er juin 1833 la découverte du pôle magnétique nord sur la côte *Boothia Felix*, latitude 70° 5' 17" et longitude 96° 46' 45" du méridien de Greenwich. On en peut voir les détails dans les *Transact. philosophiq.* de 1834. Les aiguilles des boussoles étaient inclinées à 89° 59', et ainsi à une minute de la position verticale avec inaction complète des aiguilles horizontales que Ross avait alors en sa possession. Elles étaient suspendues de la manière la plus délicate possible; pas une seule ne faisait le moindre effort pour se mouvoir et changer la position dans laquelle on l'avait placée. Ce fait prouve que le centre d'attraction est à une très-faible distance horizontale, sinon immédiatement au dessous. Ross., tom. 2, p. 300.

Le capitaine Duperrey (*Voyage de la* Coquille) avait remarqué que la configuration de l'équateur magnétique s'accorde avec l'équateur *thermal* (ou de la plus grande intensité de chaleur), comme le pôle magnétique correspond au lieu le plus froid du globe. C'est surtout vers le centre de la Sibérie et celui de l'Amérique septentrionale que sont les plus grandes intensités de froid (surtout en Amérique septentrionale). La position de l'équateur magnétique est en rapport avec l'équateur thermal. Celui-ci passe sur l'île de Madagascar et sur le centre de l'Afrique.

Il existe (selon M. Duperrey) une analogie très-remarquable entre les ondulations des lignes isothermes et les lignes d'égale intensité magnétique. M. Duperrey montre aussi qu'il en est de même des moindres variations remarquées en un même lieu, dans la période diurne. Le soleil déplace à chaque instant les lignes isodynamiques ou les phénomènes de la déclinaison, de l'inclinaison et de l'intensité magnétique qui doivent avoir une variation diurne dans tous les lieux de la terre. De plus, d'une saison à l'autre, le système tout entier du magnétisme oscille du nord au sud, et réciproquement suivant le mouvement de la déclinaison du soleil.

Ross observe en ces parages du nord que tous les jours les plus froids arrivaient peu de temps après la pleine lune, et que la température la plus haute avait lieu immédiatement après qu'elle avait changé de quartier.

Dans les contrées polaires, la glace est si froide qu'on ne la peut tenir dans la main, ni la fondre dans sa bouche, on souffre beaucoup de la soif, la neige si froide l'augmente avec excès; aussi les Esquimaux aiment mieux endurer la soif la plus cruelle que de chercher à la soulager en mangeant de la neige. En janvier, quand la température était aux degrés les plus bas, le temps serein, nous ne pouvions faire aucune observation avec les instrumens, dont il était aussi impossible de toucher le métal que si c'eût été du fer rouge (tant ils glaçaient la main rapidement au contact, comme le mercure congelé); un renard perdit la langue pour avoir mordu les barres de fer de la trappe où il fut pris, dit le capitaine Ross.

Le mercure, en se congelant et cristallisant dans la boule du thermomètre, ne la brise pas; il n'augmente pas assez de volume pour cet effet; s'il ne se contracte pas comme l'argent, le bismuth et plusieurs autres métaux le font, il ne varie que très-peu dans ses dimensions.

On a chargé un fusil d'une balle de mercure gelé, et on en a percé une planche d'un pouce d'épaisseur; une balle d'huile d'amandes douces, congelée à 40° sous 0, tirée contre une planche la fendit et rebondit à terre sans s'être cassée.

Il ajoute : nous eûmes souvent dans cette région (par une lat. de 70° boréal) des preuves abondantes de la grande évaporation que la neige subit même sous des températures très-basses, ce qui confirme un fait depuis longtemps connu en météorologie, relativement à la production de la vapeur. Nous ne pûmes autrement expliquer le peu d'épaisseur de la neige qui restait en général à être convertie en eau, à l'approche du printemps, par le dégel ordinaire, puisque la glace dure qui en couvrait la surface empêchait le vent de dissiper cette eau, et que nous étions parfaitement sûrs qu'il s'en était accumulé pendant l'hiver une bien plus grande quantité que celle qui restait au commencement du dégel.

L'expérience a démontré qu'une nourriture abondante d'huile et de graisse est le véritable secret de la vie dans ces contrées glaciales (Groenland), que les naturels du pays ne peuvent exister sans cela, qu'ils deviennent malades et meurent sous tout autre régime (et qu'il faut aussi se frotter d'huile). Un homme à teint clair et fleuri, ayant des membres souples, est toujours mieux défendu par la nature contre le froid que celui qui a une constitution contraire; ainsi le sanguin résiste mieux que le mélancolique et le flegmatique, ou flasque, à teint pâle et jaune; ceux-ci conviennent mal pour un voyage aux mers arctiques; ils souffrent trop du froid qu'augmente un esprit lent et triste; car il faut des passions exhilarantes : le contraire conviendrait pour les pays chauds. La confiance et l'espoir, dans des temps froids, maintient la force et la chaleur vitale, garantit aussi des attaques du scorbut. Il est fort peu utile de couvrir beaucoup les individus froids; cela ne les garantit pas bien. On ne peut échauffer un morceau de glace en l'enveloppant de laine; car ce qui peut bien conserver la chaleur ne saurait la produire.

On ne peut douter des effets pernicieux de l'usage

des spiritueux sous les climats polaires, notamment en ce qu'ils augmentent les dispositions au scorbut, dit le capitaine Ross. *Second voyage*, tom. 1, p. 280. Il faut tenir aussi en haleine et en travail les hommes sous ces climats rigoureux (1).

Sur l'intensité électrique *de chaque métal dans la pile galvanique.*

Argent.	1520	D'après divers auteurs comparés, Davy, Becquerel, le prof. Cumming, Faraday, et Harris.
Or.	1106	
Cuivre.	1000	
Zinc.	522	
Étain.	253	
Platine.	240	
Fer.	223	
Plomb.	124	

Feu blanc éblouissant qu'on emploie pour signaux.

24 parties de nitre,
7 de fleurs de soufre,
2 d'arsenic rouge (réalgar).

On met ce mélange dans des boîtes de six pouces de diamètre sur trois de haut : le feu dure trois minutes. On le voit à la distance de trente-six mille toises (quinze à dix-huit lieues) à la vue simple.

Notes sur divers animaux singuliers.

Un oiseau, l'*emberiza pecoris* de Wilson (tribu des passeraux), ou l'*icterus pecoris*, Temminck, pond en des nids étrangers comme fait le coucou. Cet oiseau américain s'approche des troupeaux de bestiaux, et il quête sur leur dos les larves et œufs des mouches oestres qui pénètrent sous la peau de ces animaux pour s'y nourrir jusqu'à l'époque de leur métamorphose.

La *musca cynophila*, de Panzer, vit sur les cadavres des chiens, en automne. On l'a trouvée quelquefois *phosphorescente*, selon Percheron ; c'est la seule espèce de ce genre qui présente cette propriété. Les autres insectes phosphoriques sont herbivores, au contraire.

Les femmes turques, en Égypte, mangent, dit-on, le *blaps sulcata* avec du beurre, pour s'engraisser. Ce coléoptère sert aussi écrasé et en application contre les maux d'oreilles et contre les piqûres de scorpion.

Les mantes, phasmes, sauterelles, offrent souvent la couleur des plantes dont elles vivent; c'est un moyen dont la nature les favorise pour les soustraire à l'observation des oiseaux qui les recherchent comme leur proie.

J.-J. Virey.

(1) Le capitaine Ross ne buvait point de liqueur spiritueuse; il fut aussi le seul exempt de maux d'yeux, et quoique le plus âgé de tous, il supportait le mieux la fatigue (ce qu'il semble attribuer à cette sobriété de boisson. Ros., *Voyage deuxième*, tom. 2, pag. 89). Les buveurs d'eau surpassent les autres en vigueur; tandis que l'usage du grog et de l'eau-de-vie, ou du rhum affaiblit beaucoup : cela est évident aussi pour les fonderies de fer; les ouvriers ne boivent que de l'eau et s'en trouvent plus capables de supporter les ouvrages pénibles (Ross, tom. 2, pag. 90). De même l'expérience faite sur les rameurs de deux barques en des mers houleuses a prouvé que les buveurs d'eau surpassent beaucoup les autres en courage et en vigueur. (Le grog est regardé par Ross, comme débilitant et a produit divers effets nuisibles, *ib.*)

EXTRAIT DU PROCES VERBAL

De la séance de la Société de Pharmacie, 1er *juillet* 1835.

PRÉSIDENCE DE M. REYMOND.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et approuvé.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. Le Canu, accompagnant l'envoi d'un mémoire de M. Regimbeau, de Montpellier, sur l'asparagine. MM. Le Canu et F. Boudet sont chargés d'en rendre compte.

2° Une lettre de M. Dausse, qui présente à la société des échantillons d'un sirop et d'un extrait de pointes d'asperges préparés par un nouveau procédé. Ces objets sont renvoyés à l'examen de MM. Guibourt et Bernard Derosne.

3° Un mémoire de M. Deschamps, d'Avallon, sur la préparation des vins médicinaux et de quelques sirops. Ce mémoire sera l'objet d'un rapport confié à MM. Béral et Chereau.

4° Une notice par M. Deloche qui annonce un procédé nouveau pour la préparation de la strychnine et de la brucine.

5° Un mémoire de M. Fauré, de Bordeaux, sur les semences de moutarde noire.

6° Une lettre de M. Vandamme, contenant une note sur l'onguent rosat.

La société reçoit en outre : 1° de M. O. Henry plusieurs exemplaires de son mémoire intitulé : De l'action du tannin sur les bases salifiables organiques, et applications qui en dérivent ; 2° une analyse des eaux de Foucirgue, par M. Fau, pharmacien à Lavelanet ; 3° un numéro des Annales des mines ; 4° trois numéros de la Gazette éclectique de Vérone ; 5° le numéro de juin du Journal de pharmacie ; 6° le bulletin de la société industrielle de Mulhouse, numéro 37, M. Bussy rapporteur, 7° de M. Grégory d'Édimbourg, un travail sur l'huile de pétrole de Rangon ; 8° de M. Christison, d'Edimbourg, une analyse chimique de la même huile ; 9° enfin, plusieurs numéros du Journal de santé.

M. Vallet lit un rapport étendu sur le mémoire de MM. Buchner père et fils, de Munich, ayant pour objet la berbérine. M. le rapporteur propose et la société arrête que des remercimens seront adressés aux auteurs de cette communication.

M. Béral rend compte de l'examen qu'il a fait de plusieurs formules nouvelles proposées par M. Vandamme. M. le rapporteur conclut qu'aucune de ces formules ne mérite d'être adoptée.

On donne lecture du mémoire de M. Fauré. Les conclusions qu'il présente sont les suivantes : 1° l'albumine contenue dans la poudre de moutarde est un des principes constitutifs de l'huile volatile que l'eau froide y développe, ou tout au moins elle est indispensable à sa formation. 2° Toutes les fois que cette albumine sera rendue insoluble par sa coagulation, ou dénaturée par une cause quelconque, la production de cette huile n'aura pas lieu. Les corps qui produisent cet effet sont : le calorique au dessus de 75° R. L'alcool, les acides concentrés, les alcalis caustiques, les sels minéraux, le chlore, etc. 3° L'éther sulfurique ne *mute* pas la poudre de moutarde : il donne à son albumine un état gélatineux, de la consistance, de l'opacité, mais il ne la rend pas insoluble. Après l'action de l'éther, l'albumine jouit des caractères qui lui sont propres, et la poudre de moutarde conserve la propriété de fournir avec l'eau froide le principe âcre et volatil.

M. Bussy communique une lettre qui lui a été adressée par M. Auguste Delondre, sur l'histoire naturelle des quinquinas. Cette lettre est accompagnée de plusieurs échantillons de feuilles, fleurs, écorces et dessins des diverses espèces qui s'y rapportent, enfin de plusieurs extraits préparés avec la graine, la racine, la sève, ou plutôt le suc de l'écorce des divers quinquinas.

M. Henry lit une notice sur l'examen qu'il a fait de ces extraits, et les quantités relatives des produits immédiats qu'il en a obtenus.

On donne lecture de la notice de M. Deloche, relative à un procédé nouveau, à l'aide duquel il dit avoir obtenu facilement des cristaux de strychnine et de brucine.

M. Corriol fait remarquer que c'est en employant le même procédé, la fermentation, qu'il a retiré, il y a deux ans, de l'extrait de noix vomique (*Journal de pharmacie*, octobre 1825), non pas de la strychnine et de la brucine, mais bien du lactate de chaux en quantité considérable, avec lequel il a préparé, le premier, l'acide lactique cristallisé et anhydre, et tous les lactates qu'il a présentés à la société de pharmacie, dans les séances des 13 février et 5 juin 1833. (*Journal de pharmacie*, t. 19, p. 155, 373). Il ajoute que tout le lactate de chaux et l'acide lactique liquide et concret qu'il a remis à MM. Pelouze et J. Gay-Lussac pour leurs expériences, provenait du même extrait ; enfin, M. Corriol pense qu'on ne doit point admettre ce procédé pour la préparation de l'extrait de noix vomique, d'abord en raison du lactate de chaux qui se forme, puis à cause de l'altération que peut éprouver la noix vomique par la fermentation, bien que celle-ci ne doive pas altérer la strychnine ou la brucine.

M. Robiquet lit un mémoire sur l'analyse élémentaire de l'alisarine, de l'orceine et de l'oreine.

M. Guibourt communique une lettre de M. Christison, dans laquelle ce chimiste donne les résultats de l'analyse qu'il a faite de l'opium de l'Inde, comparativement avec l'opium de Smyrne. M. Christison est présenté par MM. Guibourt et Robiquet, comme candidat au titre de membre correspondant : M. Bussy, rapporteur.

Une contestation judiciaire ayant eu lieu à Dijon entre les pharmaciens de cette ville et un médecin homœopathe, et cette affaire étant de nature à soulever des questions importantes pour la profession, la société nomme une commission chargée d'en prendre connaissance, et de lui faire un rapport à ce sujet. Cette commission se compose de MM. Baget, Boullay, Cap, Guibourt et Thubeuf. P.-A. C.

JOURNAL

DE CHIMIE MEDICALE,

DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

AOUT 1835.

Formules de plusieurs médicamens ; par M. Béral.

CÉRAT NOIR DE POWEL

Contre la teigne.

Prenez	Huile d'olives.	12 onces.
	Cire blanche.	4 onces.
	Total.	16 onces.
Prenez	Charbon de liége en poud. fine.	2 onces.
	Soufre sublimé et lavé.	1 once.
	Sulfate d'antimoine porphyrisé.	1 once.
	Total.	20 onces.

Liquéfiez l'excipient, incorporez-y les poudres, et agitez le mélange jusqu'à ce qu'il soit figé.

LINIMENT ANTISPASMODIQUE

Du docteur Chrestien.

Prenez	Hydralcool.	12 onces.
	Acétate de potasse.	4 onces.
	Total.	16 onces.
	Camphre.	16 onces.
	Extrait d'opium	64 grains.

Faites dissoudre le camphre et l'extrait dans l'excipient ; ajoutez y l'acétate et filtrez au papier.

N. B. Nous avons proposé de donner à ce médicament la dénomination suivante : *Alcoolotif opiacé du docteur Chrestien.*

PILULES D'HUILE DE FOUGÈRE.

Prenez	Graisse de porc récente.	2 scrup.
	Racine de guimauve pulvér.	3 scrup.
	Huile de fougère mâle.	24 goutt.

Mêlez exactement, divisez la masse en 24 parties égales, et façonnez en pilules.

Chaque pilule, du poids d'environ six grains, contiendra une goutte d'huile ou principe gras retiré des bourgeons de fougère mâle, par l'éther sulfurique.

Ces pilules jouissent de la propriété tœnifuge. On doit en prendre 24 ou 48, en deux fois, selon l'âge et le tempérament.

On prend la première dose le soir, la seconde le lendemain matin ; et une heure après un purgatif à l'huile de ricin.

PILULES D'HUILE DE PIGNONS D'INDE.

Prenez	Graisse de porc récente.	2 scrup.
	Racine de guimauve pulvér.	3 scrup.

Mêlez, et vous obtiendrez une masse pâteuse. Alors,

Prenez	Pâte ci-dessus.	2 scrup.
	Huile de pignons d'Inde.	4 goutt.

Mêlez exactement et faites huit pilules.

Chaque pilule contiendra l'huile de pignons d'Inde. 1/2 goutt.

N. B. Ces pilules sont employées comme drastiques.

On les administre à la dose de deux ou de quatre à la fois, rarement de six.

TISANE DIAPHORÉTIQUE

De Barthe.

Prenez	Hydrolé de chaux.	20 onces.
	Salsepareille hachée.	5 gros.
	Sassafras rapé.	5 gros.

Faites macérer pendant douze heures, et filtrez au papier. Alors,

Prenez	Hydrolature ci-dessus.	15 onces.
	Sirop des cinq racines.	1 once.
	Total.	16 onces.
	Acétate de potasse.	4 scrup.

Mêlez.

L'action de ce médicament, pour chaque verre, est représentée par :

Salsepareille.	3 scrup.
Sassafras.	3 scrup.
Cinq racines apéritives.	1 scrup.
Acétate de potasse.	1 scrup.

TISANE DIAPHORÉTIQUE

Du docteur Gimel.

Prenez	Eau bouillante.	40 onces.
	Bois de gaïac râpé.	10 scrup.
	Rac. de réglisse sèche et coup.	10 scrup.
	Fleurs sèches de sureau.	5 scrup.
	Fleurs sèches de coquelicots.	5 scrup.

Versez l'excipient sur les autres substances, et laissez infuser pendant quatre heures; passez en exprimant, et filtrez au papier. Alors,

Prenez	Hydrolature ci-dessus.	30 onces.
	Sirop de capillaire.	2 onces.
	Total.	32 onces.

Mêlez.

L'action de ce médicament, pour chaque verre, est représentée par :

Bois de gaïac.	1 scrup.
Racine de réglisse.	1 scrup.
Fleurs de sureau.	1/2 scrup.
Fleurs de coquelicots.	1/2 scrup.
Total.	3 scrup.
Sirop de capillaire.	6 scrup.

TISANE DIAPHORÉTIQUE.

De Borie.

Prenez	Eau bouillante.	20 onces.
	Feuilles d'hyssope desséchées	10 scrup.

Faites infuser en vase clos pendant une heure, et filtrez au papier. Alors,

Prenez	Hydrolature ci-dessus.	15 onces.
	Sirop de fleurs de coquelicots.	6 gros.
	Sirop d'ipécacuanha.	2 gros.
	Total.	16 onces.
	Nitrate de potasse.	8 grains.

Mêlez et dissolvez.

L'action de ce médicament, pour chaque verre, est représentée par:

Feuilles d'hyssope.	2 scrup.
Fleurs de coquelicots.	6 grains.
Racine d'ipécacuanha.	1 grain.
Nitrate de potasse.	2 grains.

ANALYSE

Comparative de la substance blanche et de la substance grise du cerveau de l'homme.

Les diverses analyses qui ont été faites du cerveau n'ont fait connaître jusqu'à présent que la composition de la masse encéphalique, sans distinction des substances blanche et grise qui la forment. Un seul chimiste, M. John, a indiqué que la substance blanche du cerveau contenait plus de graisse que la grise, et que son albumine était plus consistante (*Traité de Chimie* de M. Berzélius, p. 17, t. 7). Telles sont les seules notions qu'on avait à cet égard.

Ayant eu occasion de faire, il y a quelques mois, l'analyse de différens cerveaux d'aliénés, j'ai profité de cette circonstance pour répondre au désir de M. le docteur Mitivié, médecin de la Salpêtrière, et j'ai en conséquence soumis à l'examen une portion de la masse encéphalique d'un aliéné, et les deux substances grise et blanche extraites sur une autre partie du même cerveau.

Bien que les dernières expériences faites par M. Couerbe aient signalé la présence de plusieurs matières grasses dont les quantités ni le rapport entre elles n'ont été indiqués, leur séparation complète n'étant pas aussi facile qu'on pourrait le croire, j'ai cru devoir suivre le procédé de Vauquelin et indiquer sous le nom de *matière grasse blanche*, la réunion des matières grasses annoncées par M. Couerbe.

Cerveau entier. (Densité = 1048).

Eau.	77,
Albumine.	9,6
Matière grasse blanche.	7,2
Matière grasse rouge.	3,1
Osmazome, acide lactique et sels.	2,0
Phosphates terreux.	1,1

	Matière blanche.	Matière grise.
Eau.	73,0	85,0
Albumine.	9,9	7,5
Matière grasse blanche.	13,9	1,0
Matière grasse rouge.	0,9	3,7
Osmazome, acide et sels.	1,0	1,4
Phosphates terreux.	1,3	1,2

J. L.

RÉCLAMATION

Au sujet de l'analyse d'un sang blanc,
par M. Lassaigne.

Dans le numéro de juin de ce journal on a publié l'analyse faite par M. Lecanu d'un sang blanc extrait des veines d'un homme; il résulte du travail de ce chimiste que la couleur blanche laiteuse que présentait ce liquide, était due à une plus grande proportion de matières grasses suspendues dans le sérum.

Un fait analogue a déjà été observé et consigné par extrait dans le *Journal de chimie médicale*, année 1830, tome 6, p. 585; il est dû à M. le professeur Christison, d'Édimbourg.

Depuis cette époque, nous avons inséré dans le même journal, année 1831, t. 7, p. 598, l'analyse d'un sérum

blanc laiteux, extrait du sang d'une ânesse; nous avons retiré de ce liquide, au moyen de l'alcool bouillant, une grande proportion de matière grasse blanche que nous avons trouvée identique avec la matière grasse du cerveau (cérébrine), autant sous le rapport de ses propriétés physiques et chimiques, que par le phosphore qu'elle admettait au nombre de ses élémens.

Il est résulté de ce travail qui n'est point sans doute parvenu à la connaissance de notre collègue M. Lecanu : 1° que la couleur blanche qui caractérisait le sérum de ce sang était due à la présence d'une assez grande proportion de matière grasse blanche, identique avec la matière grasse du cerveau; 2° que celle-ci existait en suspension dans ce sérum et lui donnait cet aspect laiteux; 3° qu'il ne nous a pas été possible de découvrir aucun des principes du lait dans ce liquide, comme des expériences antérieures aux nôtres semblaient l'établir dans plusieurs cas analogues.

La seule différence que présente l'analyse de M. Lecanu, c'est que les matières grasses qu'il a extraites du sang sur lequel il a expérimenté, étaient formées, à part la petite proportion de cholestérine qu'il indique, comme les graisses ordinaires, de *stéarine*, de *margarine* et d'*élaïne*, ce que M. le professeur Christison a annoncé en 1830, tandis que dans l'observation que j'ai publiée en 1831, la matière grasse retirée du sang de l'ânesse fut trouvée être de la cérébrine.

Au reste, quelle que soit la nature de la substance grasse, la cause de la couleur blanche que présente dans certains cas le sang, se trouve expliquée par les opérations chimiques qui ont été faites à différentes époques.

NOTE

Sur les combustibles; par M. Payen.

Parmi les combustibles employés au chauffage domestique et dans les arts industriels, la houille, sans contredit, occupe le premier rang et semble devoir à la longue exclure tous les autres, en sorte que l'industrie, la richesse, la puissance des nations pourraient être un jour mesurées par la quantité de houille que chacune d'elles consommerait

Ainsi, déjà l'on peut remarquer qu'en Angleterre on consomme annuellement quatre-vingt-quatorze millions d'hectolitres de houille, pesant chacun environ quatre-vingts kilog. Dans les Pays-Bas et les provinces Rhénanes, trente-huit millions sept cent cinquante mille hectolitres; la France, qui est en grande voie de progrès sous ce rapport, en consomme quinze millions d'hectolitres; aux États-Unis, on employait jusqu'aujourd'hui, à peine deux millions d'hectolitres; mais les arbres, dans ce pays, sont tellement abondans que de toutes parts il faut les abattre pour se frayer des passages ou défricher le sol; il en résulte que le bois est en grand excès dans une foule de localités, et qu'on trouve du profit à le brûler pour en obtenir seulement quelques millièmes de potasse.

Et cependant, chose remarquable, on s'occupe très-activement aujourd'hui d'extraire dans la Pensilvanie une houille très-riche en carbone, et les avantages reconnus à ce combustible sont tels que l'on renonce au bois pour l'employer, et que des vallées sont comblées avec des troncs d'arbres abattus, afin d'établir des chemins de fer pour commencer les transports de ces énormes produits de récente exploitation, qui activeront les entreprises industrielles et commerciales, sur les bords de l'Atlantique, de Washington à Boston. Nous verrons donc bientôt, en Amérique même, la houille devenir le plus important des combustibles, et là, comme en tant d'autres localités, le bois et la tourbe perdre de leur utilité passagère.

Mais dans beaucoup de localités il se passera bien du temps encore avant que le perfectionnement des voies de communication amène ce résultat définitif; jusques-là on aura intérêt à employer le combustible à meilleur marché, et l'on ne pourra juger de la valeur réelle des différens moyens de chauffage, qu'en comparant entre elles leurs propriétés calorifiques.

C'est afin de faciliter les comparaisons, que nous avons indiqué dans le tableau suivant les prix moyens actuels des principaux combustibles, à Paris, relativement aux mesures commerciales, en mettant en regard le poids correspondant, et la quantité d'eau que chacun d'eux peut évaporer dans les fourneaux usuels, en supposant que l'on ait à concentrer des solutions peu visqueuses, depuis 10° jusqu'à 20°, par exemple, ou de 4° à 26° Baumé : enfin une dernière colonne indique la quantité d'eau réduite en vapeur pour une valeur de 1 fr., employée en chacun des combustibles correspondans.

DÉSIGNATION du combustible employé.	POIDS en kilogs	MESURE.	VAPEUR produite.	PRIX.	QUANTITÉ d'eau évaporée pour 1 fr.
	k.		k's		kos
Tourbe, 1re qualité.	1000	41 sacs 1/3. (1).	2500	15	166,66
Tourbe ordinaire.	1000		2000	15	133,33
Houille molle.	80	1 hectolitre.	400	4	100
Coke.	40	1 hectolitre.	220	3	73,33
Bois dur.	450	1 stère.	1012,5	18	56,25
Charbon de bois.	25	1 hectolitre.	156,25	4	39

(1) Un sac contenant 1 hectolitre 1/3, et pesant 70 kil., se vend 1 fr. 10 c. à 1 fr. 20 c.

Ces divers résultats pratiques, récemment vérifiés, s'accordent avec les calculs théoriques présentés dans plusieurs ouvrages et notamment dans le traité de chimie de M. Dumas.

Sur la poudre de godernaux ; par M. H. Braconnot.

Un médecin fort instruit de notre ville, M. Roussel, ayant eu occasion de traiter plusieurs personnes atteintes de dartres vives et rongeantes qui avaient résisté à tous les autres remèdes employés en pareille circonstance, se décida à faire usage des poudres de Godernaux : le succès qu'il en obtint surpassa tellement son attente, qu'il vint me prier de faire l'analyse de cette poudre, afin de trouver le moyen de l'imiter invariablement. Il m'en remit une dose du poids de 0,63 grammes, environ douze grains, renfermée dans du papier blanc, cylindré et cacheté. Je dois rappeler que ce remède secret avait déjà été examiné il y a longtemps par MM. Planche et Chevreusse.

C'est donc pour répondre à l'invitation de M. Roussel, que j'ai cru devoir le soumettre à de nouvelles épreuves.

Cette poudre d'une grande ténuité est d'un blanc un peu sale ; frottée entre deux ongles, elle y laisse un enduit vernissé, brillant comme l'émail, ce n'est donc pas sans raison qu'on distribue cette poudre dans du papier lustré, puisqu'elle adhère facilement aux corps sur lesquels on la comprime ; frottée avec un peu d'eau sur une pièce d'or, celle-ci a blanchi.

Cinq décigrammes de la même poudre, chauffés au rouge dans un tube de verre fermé par un bout, ont donné un sublimé cristallin, du poids de quatre décigrammes neuf centigrammes, qui avait absolument toutes les propriétés du proto-chlorure de mercure. Il n'est resté après cette sublimation qu'un léger résidu rougeâtre, lequel lavé avec une goutte d'eau, a laissé un résidu de peroxide de fer, provenant sans doute de l'impureté des matières employées dans la préparation du remède.

L'eau de lavage évaporée spontanément sur une plaque de verre, a fourni des cristaux cubiques que j'ai reconnus pour du chlorure de sodium.

Ainsi la présence de ce sel dans la poudre de Godernaux, trahit suffisamment sa préparation, et indique qu'elle a été formée par la voie humide, au sein d'un liquide contenant un excès de sel marin, dont elle n'a pas été complètement dépouillée par les lavages.

Pendant la sublimation de cette poudre, il ne m'a point paru qu'il s'en dégageât des vapeurs nitreuses, ce qui semble indiquer qu'elle ne contient point sensiblement de sous-nitrate de mercure.

Au reste, sa couleur d'un blanc sale me paraît plutôt due à quelques impuretés qu'à l'action de la lumière.

Il serait inutile d'insister davantage sur cette poudre, qui n'est autre chose que du précipité blanc ordinaire. On l'obtiendra constamment identique, en versant dans du nitrate de mercure protoxidé, une dissolution étendue et bouillante de chlorure de sodium, préalablement mélangée d'un peu d'acide hydrochlorique, et après le refroidissement du mélange, on lavera le précipité.

Il est important d'ajouter de l'acide hydrochlorique, ou nitrique, à la dissolution de chlorure de sodium, pour prévenir la formation du sous-nitrate de mercure; car c'est à ce dernier qu'il faut attribuer plusieurs accidens graves, survenus après l'administration du remède mal préparé.

Nancy, 23 mai 1835.

Extrait d'un rapport fait le 2 août 1834, sur une poudre saisie chez la veuve C....

La poudre saisie chez la veuve C.... est accompagnée d'une brochure ayant pour titre : *Sur l'efficacité des poudres dépuratives du sang de M. le chevalier de Godernaux.* Cette brochure a pour but d'énumérer les propriétés de la poudre de Godernaux qui, selon l'auteur de la brochure, guérit presque toutes les maladies ; on peut juger de la valeur de cet imprimé par le passage suivant, extrait textuellement. « *Ce remède est vomitif lorsque le siége du mal est dans l'estomac ; il est purgatif pour ceux dont les intestins sont infectés d'humeurs.*

La poudre saisie est d'une très-grande ténuité, d'une belle couleur blanche ; elle est enveloppée dans du papier blanc lissé ; les doses sont divisées en petits paquets qui sont réunis ensemble au nombre de six. Six doses de ces poudres, prises dans des paquets différens, ont été pesées, le poids de la poudre contenue dans ces paquets était d'environ 13 grains, formant cependant une moyenne de 13 gr. et demi. Mise dans la bouche, cette poudre, après quelques instans, laisse manifester une légère saveur métallique.

Diverses portions de cette poudre ont été disposées sur des capsules plates de porcelaine et traitées par divers réactifs. Elle a pris avec la potasse à l'alcool une couleur noire; il en fut de même avec l'ammoniaque et l'hydrogène sulfuré.

Des essais continués ont démontré que la poudre saisie était insoluble dans l'eau et dans l'alcool ; que, jetée sur un charbon ardent, elle se volatilisait en répandant des vapeurs blanches qui n'avaient pas d'odeur sensible; ces vapeurs ainsi que la poudre elle-même, reçues sur une pièce d'or, lui communiquaient par le frottement une couleur blanche et un toucher onctueux.

Toutes ces expériences semblaient indiquer que la poudre que nous examinons était *du protochlorure de mercure* (du calomel). Une certaine quantité de cette poudre ayant été réunie et soumise à la sublimation, on obtint aussi un pain de mercure doux.

Des recherches que nous avons faites sur les poudres de Godernaux nous ont fait connaître : 1° que cette

poudre n'est pas toujours la même ; ainsi, suivant Alyon (*Cours de chimie*, t. II, p. 52) cette poudre était grisâtre, et contenait de l'antimoine oxidé. Selon M. Cheuvreusse fils, professeur de chimie à Metz, en 1810, cette poudre était grisâtre et était formée de protochlorure de mercure et d'une petite quantité d'oxide de mercure. Selon le même praticien, les poudres de Godernaux, vendues à Nancy, contenaient du mercure métallique ; des remarques faites par M. Planche, pharmacien de Paris, confirment les faits avancés par M. Cheuvreusse ; en effet ce savant pharmacien a vu de ces poudres de couleurs différentes. 2° Que les poudres de Godernaux ont causé des accidens ; ainsi on trouve dans le *Bulletin de pharmacie*, t. II, p. 62, qu'une femme de Metz, qui avait une fièvre intermittente, ayant fait usage des poudres de Godernaux, il en résulta des accidens qui mirent les jours de cette femme en danger ; le docteur Fresto fut appelé pour soigner la malade. Les poudres furent alors examinées, et M. Marchand, maire de la ville, informé des effets dangereux de ces poudres, fit saisir sur-le-champ toutes les poudres de Godernaux qui se trouvaient dans diverses maisons de la ville de Metz.

Paris, le 2 août 1833.

Divers travaux ont été publiés sur la poudre de Godernaux, qui fut d'abord signalée sous le nom de *poudre unique ou médicamenteuse de Godernaux*. On trouve 1° une lettre de Croharé dans la *Gazette de santé* pour 1784. 2° Un procès-verbal de l'analyse de ces poudres dans le journal d'Orléans, 30 juillet 1784. 3° Des observations de M. Chippaut, chirurgien de l'hôpital Saint-Charles, et de M. de la Tour, médecin à Neuville, qui constatent les effets constamment pernicieux de ces poudres (même journal). 4° Une réponse à une lettre du sieur Godernaux (*Gazette de santé*, n° 29, et journal d'Orléans n° 40, 1784). 5° Une note qui établit qu'un jeune homme qui avait pris soixante-cinq prises de la poudre de Godernaux, avait vu le mal empirer (*Nouvelles de médecine*, 1785). 6° Une brochure de M. de Lafont, brochure de vingt-deux pages ; publiée in-8°. Dans cette brochure, M. de Lafont dit que, par ordre du roi, la poudre a été employée sur trente-six soldats, et qu'il a reconnu son inefficacité comme le moindre de ses défauts.

Dans cette brochure, M. Lafont fait connaître la recette qui lui a été confiée, en janvier 1773, par M. de Godernaux, qui demeurait rue Saint-Denis, à l'auberge de la Selette-Rouge, où M. Lafont fit la poudre avec Godernaux d'après la formule suivante ; mercure purifié 8 onces, sel marin 2 onces, verre d'antimoine 6 gros, esprit de nitre 8 onces. Faites selon l'art, et quand le précipité est fait, on le lave en grande eau dix-huit ou vingt fois, puis on fait sécher et brûler à l'esprit de vin.

Une autre note, insérée dans les *Nouvelles de médecine* pour 1786, dit que trois nouveaux faits ont prouvé d'une manière décisive l'inefficacité de cette poudre. Voyez les *Nouvelles de médecine*, 1786, t. II, p. 538.

A. C.

NOTE

Sur le mudar, par M. Julia Fontenelle.

Le mudar est une plante connue en *Hindoustan* sous cette dénomination, et en sanscrit sous celle d'*arkà* ; les Bengalis la nomment *akùnd* ou *akound*. M. le docteur Casanova, qui a publié un essai en anglais sur cette plante, d'où nous avons extrait la plus grande partie des documens suivans, a donné à l'arbrisseau qui fournit le véritable mudar un nom classique propre à le distinguer des autres espèces de la même famille ; c'est celui de *calotropis mudarii indico-orientalis*.

La première notice qui a été publiée sur le mudar de l'Inde, comme plante médicinale, est due au docteur Whitelaw Ainslie (1).

MM. Georges Playfair (2) et James Robinson (3) en ont recommandé l'emploi dans les ulcérations de la peau et des tissus sous-jacens.

Twining et plusieurs autres médecins ont loué son emploi médical (4). Il en est de même de M. le docteur Cuming (5).

Presque tous ceux qui ont écrit sur le mudar l'ont représenté comme étant la racine de l'*asclepias gigantea*. Le docteur F. Hamilton (6) a décrit les espèces du genre *asclepias* de Linné, que Brown a réunies en un seul genre, sous le nom de *calotropis*, espèces que ce botaniste a trouvées propres à l'Inde, et qui sont au nombre de trois :

Le *calotropis gigantea*, le *calotropis mudarii* et l'*akùnd*.

La description la plus exacte du végétal qui fournit le mudar, en ce qu'elle établit les caractères qui le distinguent du *calotropis gigantea*, est celle qui se trouve dans la notice des travaux de la Société de Médecine de Calcutta ; elle est du docteur Buchanan.

Racine très-alongée, ramifiée, ligneuse ; écorce épaisse, lactescente ; *tige* droite, lisse, s'élevant jusqu'à six pieds, rameuse, et donnant un suc laiteux comme toutes les autres parties de la plante.

Feuilles opposées, raides, plus longues que la distance qui sépare leurs points d'insertion sur la tige ; presque sessiles, échancrées à la base, et légèrement

---

(1) *Materia medica ind.* Madras, 1813.

(2) De l'elephantiasis, tel qu'on l'observe dans l'Inde.

(3) Trans. méd. chirurg. de Londres.

(4) Transact. de la Société médicale de Calcutta.

(5) *Edimburgh med. and surg. journal* 1827.

(6) Commentaire sur la deuxième partie de l'*hortus malabaricus*.

cordiformes ; plus larges vers la partie moyenne ; aiguës, très-entières, unies, charnues, à nervures alternes ; couvertes, quand elles sont jeunes, d'un duvet blanchâtre qu'elles perdent plus tard, particulièrement à leur surface ; pétiole très-court et très-pubescent.

Pédoncule naissant entre les feuilles, solitaire, raide, alterne, un peu comprimé, pubescent, multiflore ; *calice* très-petit, à cinq divisions adhérant à la base de la corolle, qui est campanulée, blanche, pentapétale, ovoïde, charnue ; étamines se réunissant sur un tube également charnu ; anthères membraneuses renversées par paire en dehors des angles du stigmate ; ovaires au nombre de deux, convexes sur leur bord externe, plats sur l'interne ; deux styles ; stigmate très-grand, convexe à son sommet ; péricarpe biloculaire.

Outre le mudar blanc, qui est le véritable, on en connaît dans l'Indoustan plusieurs variétés dues à la couleur des fleurs ; elles sont ainsi nommées :

	En indoustan.	En sanscrit.
Mudar rouge. . .	*Sourh mudar.*	*Boktò arkà.*
Mudar violet. . .	*Asmani mudar.*	*Dé houmra arkà.*
Mudar jaune. . .	*Zerd mudar.*	*Pita arkà.*

D'après M. Krous, habile botaniste, et le docteur Duncan, cet arbuste, loin d'être originaire des Antilles, paraît y avoir été apportée, non de l'Inde, mais de l'Amérique du sud.

Examen physique et chimique de la racine de mudar.

Cette racine est pivotante, fusiforme, rameuse, presque cylindrique, renflée à son collet d'où partent jusqu'au delà de douze tiges, et son diamètre variant de deux à trois pouces. L'épiderme en est d'un fauve pâle ou d'un jaunâtre clair ; la surface est plissée longitudinalement et se recouvre en se desséchant, d'une poussière jaunâtre très-fine qui salit les doigts. L'écorce de la tige est très-mince et plus foncée que le bois, qui est d'un jaune pâle et d'un tissu assez serré ; celle de la racine est plus épaisse que celle de la tige, et se sépare facilement du bois qui est d'un tissu plus serré et d'une couleur plus foncée que celui de la tige.

La partie de cette dernière écorce, qui est employée en médecine est la couche du tissu cellulaire, qui se trouve entre l'épiderme et la partie ligneuse propre ; elle est moins colorée que l'épiderme ; réduite en poudre, sa couleur est d'un gris clair tirant sur le jaune, peu ou point odorante, d'une saveur amère et légèrement nauséabonde. M. le docteur Adam en avait adressé quelques échantillons au docteur Duncan d'Edimbourg ; l'analyse qu'il en a faite a été reprise sur la racine fraîche par le docteur Casanova, qui en a obtenu les mêmes résultats.

Une once de poudre d'écorce de mudar, traitée successivement par l'eau froide, l'alcool, et reprise par l'eau froide et l'eau bouillante, l'ont porté à conclure de l'examen de ces réactions, que l'écorce de la racine de mudar contient sur 100 parties :

Une substance extractive qu'il nomme *mudarine*, laquelle est soluble dans l'alcool et dans l'eau, et qui est probablement le principe actif ; elle y existe dans les proportions de. 5

Une résine qui ne se liquéfie qu'au-dessus de 100 C°, et qui est peu soluble dans l'alcool. . . 4

Une gomme, contenant probablement de l'extractif, environ. 8

De l'albumine.

Un peu d'huile fixe.

De la fibre végétale.

Point d'huile ni de produits volatils.

Cette analyse, quoique bien loin d'avoir cette précision si nécessaire, n'en est pas moins propre à faire connaître en partie les principes immédiats de cette écorce.

M. Playfair, qui a fait connaître les propriétés médicinales de cette racine, la considère comme un des moyens les plus énergiques et les plus sûrs contre la lèpre et les affections cutanées, les ulcères syphilitiques, l'éléphantiasis, etc.

C'est un médicament énergique dont l'action se porte particulièrement sur la peau, en stimulant les fonctions des vaisseaux répandus à sa surface. Cette assertion est cependant fondée plutôt sur l'ensemble des résultats produits par l'administration du mudar, que sur l'observation directe de son mode d'agir sur les organes précités. En effet, le mudar ne paraît pas augmenter d'une manière constante la transpiration, ni même élever la chaleur de la peau ; mais dans les cas d'altérations accompagnées d'inflammation passive, le mudar a paru exciter l'activité des vaisseaux lymphatiques, et devenir la cause du mieux, observé sur les parties malades. Combiné avec l'opium, il agit comme puissant sudorifique. A petites doses, il est expectorant, tonique, stomachique. Des doses de 3, 5 et 7 grains, repétées trois fois par jour, déterminent plus ou moins de nausées ou même des vomissemens, et sont quelquefois diaphorétiques. C'est ainsi administré, que le mudar est un bon médicament contre les affections cutanées. Un bain chaud ou tiède développe sa propriété sudorifique. Associé à l'opium, il est efficace dans le traitement des douleurs rhumatismales.

Suc laiteux de mudar.

Les Hindous attribuent à ce suc desséché une action énergique, comme altérant et purgatif. Il en recommandent l'usage dans les maladies précitées, et particulièrement contre la lèpre. Le docteur Ainslie, qui a passé plusieurs années dans le midi de l'Inde, assure que ce suc desséché est plus efficace que l'écorce de la racine même. Cependant, le docteur Casanova dit s'être convaincu que le principe actif de ce végétal qu'il a nommé *mudarine* est plus abondant dans la racine que dans le suc laiteux de la plante. Il pense que ce n'est probablement qu'une variété de l'émétine, et qu'il conviendrait de diminuer le nombre des principes végétaux qui ont beaucoup d'analogie en les groupant en espèces et en genres. C'est dans ce but que M. Buchner a proposé de conserver le nom d'émétine pour le genre,

et d'y ajouter un nom propre aux espèces. Ainsi, il a proposé de nommer la *violine* de Boulay, *violo-émétine*, comme on pourrait désigner la *mudarie*, *mudaro-émétine*.

Pilules de mudar.

Ecorce de mudar en poudre fine	3 j
Miel quant. suff.	

Divisez en pilules de quatre grains, à prendre deux ou trois fois par jour.

Huile de mudar.

Ecorce de mudar en poudre.	3 j
Huile d'olive récente.	℥ vij

Après une infusion au bain-marie bouillant pendant un peu plus de demi-heure, en agitant de temps en temps, décantez. On trempe un pinceau dans cette huile, et on le passe légèrement sur la surface des ulcères, une ou deux fois par jour, après que les symptômes inflammatoires ont disparu.

Pastilles de mudar.

Ecorce de mudar en poudre très-fine.	℥ j
Sucre en poudre fine.	liv. ij
Gomme adragante quant. suff.	

Faites des pastilles de huit grains, qui contiendront environ 1/4 de grain chacune de mudar.

TRIBUNAUX.

Empoisonnement par un lavement d'acide sulfurique.

Le tribunal correctionnel de Bruges (Belgique), par jugement du 9 mai, a condamné un médecin de bataillon et un pharmacien de l'armée, l'un à 300 fr, et l'autre à 200 fr. d'amende; voici dans quelles circonstances : Le médecin avait prescrit un lavement émollient pour un de ses malades; mais comme c'était à onze heures de la nuit, et que le pharmacien était déjà au lit, le médecin prépara lui-même le remède, en se faisant aider par un des domestiques de l'hôpital. Après avoir versé dans la seringue une partie de la liqueur purgative qu'il avait obtenue par la décoction de feuilles de séné, il se rendit à la pharmacie, éveilla le pharmacien, et lui demanda l'huile de lin (*oleum lini*) : le pharmacien prit un bocal dans un des rayons de la pharmacie, et le déposa sur le comptoir. Le médecin l'emporta à la tisanneric, où il versa dans une seringue une partie de la liqueur qu'il contenait. Malheureusement il ne remarqua par l'effervescence produite par le mélange; il ne vit point la fumée qui s'échappait, il ne sentit même pas l'odeur qui s'était répandue dans la tisannerie, quoi qu'un soldat, qui se trouvait présent, déclare avoir très-bien remarqué ces diverses circonstances. Eh! comment pourrait-on se tromper? au lieu de l'huile de lin, on venait de verser de l'acide sulfurique. Quoi qu'il en soit, le clystère fut donné, et le patient jeta les plus horribles cris après l'administration du remède; il passa la nuit au milieu des douleurs les plus aiguës. Le lendemain, ses parens trouvèrent une partie des draps du lit brûlée, et, ce qui fait frémir, une partie des intestins que le malheureux avait évacués. Les soins les plus actifs lui furent prodigués; mais, en dépit des moyens qui furent employés pour arracher à la mort cette victime de la négligence et de l'inexpérience, elle expira. A l'époque de sa mort, le médecin et le pharmacien avaient déjà changé de garnison.

SOCIÉTÉ DE CHIMIE MÉDICALE.

Séance du 6 juillet, PRÉSIDENCE DE M. ORFILA. — La société reçoit 1° un travail sur l'altération ou la dénaturation de l'alcool dans l'éther. Ce travail, qui a permis au tribunal de première instance de Montpellier de se prononcer sur la question de savoir si l'éther devait être imposé, sera imprimé;

2° Une lettre de M. Ferdinand Goslier, qui nous adresse les questions suivantes sur le sirop de pointes d'asperges : 1° *Le sirop de pointes d'asperges de M. Johnson, que l'on voit annoncé dans les journaux, est-il préparé avec des asperges du midi et contient-il plus d'asparagine?* 2° *le sirop préparé avec les asperges des environs de Paris doit-il être rejeté comme ne contenant point ou peu d'asparagine, et par conséquent ne remplissant pas le but que l'on se propose en l'employant?* M. Béral est chargé de répondre à ces deux questions;

3° Une lettre de M. Girardin, professeur de chimie à Rouen, *Sur la Cristallisation de l'iode.* Cette lettre sera imprimée; mais MM. Lassaigne et Orfila établissent, l'un que M. Wollaston a fait connaître la forme cristalline de l'iode (1), l'autre qu'il a fait connaître cette forme cristalline dans la dernière édition de sa *Chimie médicale;*

4° Une lettre du même, qui accuse réception du diplôme de membre de la société de chimie médicale, et qui prie la société d'agréer ses remerciemens;

5° Une lettre de M. Masy, pharmacien de Condé, lettre par laquelle ce pharmacien fait savoir que le mercure amalgamé à l'étain dans la proportion de 12 grains d'étain pour quatre onces de mercure, est plus difficile à éteindre que le mercure pur; il établit que l'étain étant dans ce cas, électro-positif, il empêche une partie du mercure de s'oxider; 2° que dans l'onguent

(1) Thomson, *Système de Chimie*, tome 1er page 226.

mercuriel le mercure est en partie oxidé. Dans cette lettre, M. Masy dit que le procédé de M. Mouchon, qui est très-expéditif, le devient encore davantage par l'addition d'une petite quantité d'onguent mercuriel;

6° Une lettre de M. Montillon, pharmacien à Moulins-Engilbert (Nièvre), qui demande si les pharmaciens sont soumis à la loi qui ordonne la vérification des poids et mesures. Il sera répondu à ce pharmacien que les pharmaciens sont soumis à cette mesure, en lui rappelant qu'un jugement qui décide la question est inséré dans le tome X du *Journal de Chimie médicale.*

7° Une lettre de M. Parayre, pharmacien à Castres (Tarn), qui annonce à la Société de chimie médicale qu'il a préparé une table des matières contenues dans les dix années publiées, et qu'il l'offre à la Société.

La société ayant chargé MM. Chevallier et Julia Fontenelle de faire cette table, qui est très-avancée, décide : 1° que l'offre de la table faite par M. Parayre sera acceptée; 2° que cette table sera consultée par MM. Chevallier et Julia; 3° qu'une lettre de remerciemens sera adressée à M. Parayre;

8° Une lettre de M. Vandamme sur la préparation de l'onguent rosat, renvoyée à M. Béral pour faire un rapport.

M. Lassaigne présente à la société la moitié d'un calcul trouvé dans la vessie d'un cheval. Ce calcul, qui pesait une livre neuf onces, est composé presqu'entièrement de carbonate de chaux; il avait la forme de la vessie.

Le même membre présente 1° Une note sur les causes de l'apparence laiteuse du sang; 2° une note sur l'analyse comparative des substances blanche et grise du cerveau.

M. Payen présente une note sur les combustibles.

M. Béral lit un rapport sur des pilules purgatives préparées par M. Vandamme.

M. Chevallier présente, au nom de M. Turnbull, D.-M. de Londres, un volume in-12 de 172 pages, publié en 1835, et qui a pour titre: *Sur les propriétés médicales des plantes de l'ordre naturel des renonculacées, et plus particulièrement sur les usages de la cévadille, du staphisaigre, de l'aconit napel et de leurs alcaloïdes.* Nous ferons connaître dans un de nos plus prochains numéros ce que contient cet ouvrage.

A. Chevallier.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne; par MM. Dezeimeris, Ollivier (d'Angers) et Raige-Delorme. T. Ier (parties 1 et 2). Paris, 1828, 1831. — *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne ;* par M. J. E. Dezeimeris, docteur en médecine, bibliothécaire-adjoint de la Faculté de Médecine de Paris, etc. T. II. (parties 1 et 2). Paris, 1834, 1835. — Chez Béchet jeune.

Le *Dictionnaire historique de la médecine* est une des productions contemporaines qui se recommandent le plus vivement à l'attention du public médical. En effet, lors de sa première apparition, les études historiques étaient peu en faveur ; il constituait, en quelque sorte, une innovation. Aussi doit-il peu aux idées régnantes, sur lesquelles, au contraire, il a exercé une influence aussi évidente que salutaire. Si, depuis quelques années, la plupart des médecins qui écrivent se sont portés avec un zèle nouveau à la recherche d'une véritable érudition, peut-on défendre d'accorder au moins une bonne part dans cette impulsion, au seul ouvrage vraiment remarquable qui, depuis la même époque, ait paru sur la matière ? Mais, avant de signaler les qualités qui distinguent cette utile publication, quelques mots me paraissent indispensables pour en donner une idée aussi exacte que possible.

L'histoire d'une science, quelle qu'elle soit, renferme plusieurs ordres d'études trop diverses et trop vastes, pour qu'on puisse les comprendre dans un cadre unique et les traiter simultanément. Et, pour appliquer, tout de suite, cette proposition générale à l'histoire de la médecine, cette histoire comprend : 1° l'histoire des conditions qui ont favorisé ou retardé la marche de la médecine ; c'est ce que M. Dezeimeris désigne sous le nom d'*histoire générale*, ou *politique* ou *extérieure ;* 2° l'histoire des hommes qui ont contribué à l'avancement de la science médicale, en tant que les circonstances de leur vie ont eu quelque influence sur le caractère de leurs travaux, ou qu'ils ont réagi eux-mêmes d'une manière plus ou moins prononcée sur leur contemporains ; et l'indication de toutes leurs productions, avec un exposé de ce qu'elles renferment d'utile et de neuf; ceci constitue la *Biographie médicale ;* 3° le tableau de la science médicale elle-même, aux époques diverses qui lui ont imprimé de grandes modifications; 4° enfin, l'énumération systématique des ouvrages qu'il est nécessaire de connaître, pour avoir une connaissance complète de la science médicale ; c'est la *Bibliographie médicale* proprement dite.

Il suffit de considérer la multitude et la variété des notions que comportent ces diverses branches de la médecine, pour admettre sans difficulté combien il est impossible de réunir ces dernières dans un seul et même plan qui les embrasserait toutes les quatre. Aussi M. Dezeimeris croit-il indispensable de leur consacrer trois ouvrages. Il annonce la publication prochaine d'une *Bibliographie médicale systématique et critique*, par ordre de matières, et une *Histoire de la science médicale et de l'art de guérir*. Tout ce qui ne peut rentrer dans le plan de ces deux ouvrages, fait l'objet du *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*.

Une juste mesure a présidé à l'exécution des diverses parties de cet ouvrage. En général, on y trouve peu de détails sur la vie des auteurs, si ce n'est à l'égard d'un petit nombre d'hommes extrêmement remarquables, qui sortent entièrement de la ligne commune, et dont la vie n'offre pas seulement beaucoup d'intérêt, mais encore une source féconde d'instruction. En revanche, l'énumération de tous les écrits des médecins dont les noms sont cités, a été faite avec soin, et cette énumération qui, en définitive, est la base de toute étude historique et même de toute science, occupe la plus grande partie de chaque volume. L'indication de ces ouvrages est suivie, à quelques exceptions près, de l'exposé critique de leur valeur, et de l'énoncé de ce que chacun d'eux renferme d'original ou de remarquable.

Malgré les secours que pouvaient fournir, pour cette dernière partie, les grands travaux bibliographiques publiés dans le siècle dernier, et qui sont scrupuleusement cités, notamment les précieuses bibliothèques de Haller, cependant elle suppose l'examen d'un nombre considérable d'ouvrages. Les collections que possèdent nos plus riches bibliothèques ne sauraient même suffire à un travail du genre de celui-ci ; il a fallu mettre à profit les innombrables notices que renferment, sur les ouvrages de médecine publiés depuis près de deux siècles, les collections des divers journaux publiés, à partir du plus ancien de tous, le *Journal des Savans*. Ce n'est pas tout ; une bibliothèque riche et bien choisie a fourni à M. Dezeimeris des renseignemens que nul autre médecin, en France, n'aurait pu réunir. Aussi a-t-il pu consigner, dans son ouvrage, l'histoire d'un grand nombre de médecins étrangers, qui ne sont point connus en France ; et, non-seulement les ouvrages de ces médecins sont indiqués avec exactitude, mais encore il a fait connaître les matériaux qu'ils renferment et l'esprit dans lequel ils sont écrits, afin qu'on pût les chercher et y puiser au besoin.

Les articles dont la réunion constitue l'ensemble du *Dictionnaire historique de la médecine*, sont de deux ordres ; ce sont des articles généraux, ou des articles particuliers, c'est-à-dire, consacrés à un seul médecin.

Parmi les premiers, il en existe un grand nombre qui suffiraient à eux seuls pour faire la fortune d'un tel ouvrage, par l'exactitude historique, par le style, mais surtout par la sévérité d'esprit et de doctrines qui a présidé à leur ré-

daction. Je ne puis m'empêcher de citer ici l'article *Chirurgie*, qui résume, dans une centaine de pages, le tableau des vicissitudes de l'art. Cet article remarquable a l'avantage de comprendre des époques pour lesquelles il n'existait point d'histoire, et de conduire le lecteur jusqu'aux temps les plus modernes. — L'article *Eclectique*, où l'auteur réduit à leur juste valeur et dans un style aussi énergique que concis, les prétentions des éclectiques anciens et modernes. — L'article *Empyrique* (*École*) dans lequel l'auteur trace avec précision les caractères de cette Ecole, et en développe avec clarté et concision les doctrines. — etc., etc.

Les articles particuliers sont immensément nombreux, puisqu'ils forment, à peu de chose près, toute la substance de l'ouvrage. Chacun de ces articles renferme une notice biographique sur le médecin auquel il est consacré, et l'énumération des ouvrages de ce médecin; cette énumération, qui comprend le plus souvent quelques notions sur la valeur des ouvrages dont les titres sont cités, et souvent même des extraits importans, est terminé par l'indication des sources où l'auteur a puisé les nombreux renseignemens dont nous lui sommes redevables. Renfermé dans des limites étroites, je ne puis faire qu'un très-petit nombre de citations; mais elles suffiront, je l'espère, pour donner une idée exacte de la valeur du *Dictionnaire historique*.

Parmi les articles qui ont pour objet les médecins de l'antiquité, celui de *Galien* est un de ceux qui m'ont le plus frappé. On y trouve une appréciation nouvelle, plus complète que celles qu'on chercherait dans aucun autre auteur, des ouvrages et des doctrines de ce célèbre médecin. Libre de tout enthousiasme, comme de toute tendance au dénigrement, M. Dezeimeris nous fait connaître et les défauts et les qualités de cet homme, et la longue influence qu'il a exercée sur la médecine.

Les médecins du moyen âge ont donné lieu à plusieurs articles d'autant plus précieux, qu'un certain nombre des médecins de cette époque sont en général très-peu connus. Toutefois, j'aime mieux passer tout de suite aux écrivains modernes, et indiquer certains noms étrangers qui n'avaient point encore pénétré parmi nous, afin de faire voir jusqu'à quel point le Dictionnaire que je cherche à faire connaître est complet et peut-être utile.

Gerard ten Haaff a vécu de 1725 à 1783; il était chirurgien de la marine de Rotterdam. Le nombre des ouvrages et des mémoires qu'il a publiés est assez considérable. On a de lui des remarques pratiques intéressantes sur divers points relatifs à l'art des accouchemens; un ouvrage sur l'opération de la cataracte; des recherches importantes sur la bile; un bon ouvrage sur la chirurgie navale, etc., etc.

Jacques Van der Haar était chirurgien en chef des hôpitaux militaires de Hollande, et fut un chirurgien fort distingué. Son article biographique est suivi de la citation de plus de vingt écrits plus ou moins importans, parmi lesquels figure un des meilleurs mémoires qui aient été écrits sur les dangers de la délivrance trop hâtive.

David van Gesscher, chirurgien d'Amsterdam, a publié plusieurs ouvrages fort importans : un *Traité sur les principales tumeurs chroniques*; un *Traité sur l'amputation*, très-estimé par Richter; des préceptes pratiques relatifs aux abcès de toutes les parties du corps, etc., etc.

La bibliographie des médecins français et celle des médecins étrangers sont également soignées; mais c'est surtout à celle des médecins allemands que M. Dezeimeris a consacré des recherches toutes spéciales. Ceci est de la plus haute importance, car la langue allemande est peu cultivée par les médecins français, et les ouvrages des Allemands sont, en conséquence, moins généralement connus chez nous que ceux des Anglais et des Italiens. M. Dezeimeris, réparant autant que le cadre de son ouvrage le lui permettait, cette circonstance fâcheuse pour les progrès des sciences, fournit à ses lecteurs une foule de détails qui permettent de juger les idées renfermées dans la plupart des écrits de ces médecins. Voyez à l'article *Ferro*, l'analyse de l'ouvrage de ce médecin, intitulé : *de l'Usage du bain froid*. Voyez à l'article *Emmert*, le compte rendu de son ouvrage *sur l'Action des poisons*, et l'extrait étendu de son écrit, intitulé : *Ueber Gifte aus einem Briefe* (sur les Poisons, etc.). Dans cet extrait, que M. Dezeimeris a pris la peine de traduire de l'Allemand, se trouvent relatés les résultats généraux déduits d'un nombre considérable d'expériences faites avec le plus grand soin sur l'action des poisons les plus énergiques.

Qu'il me soit permis de faire une dernière citation, car je tiens à appuyer sur des preuves ce que j'ai avancé relativement à l'exécution de cet important ouvrage. *Eichhorn*, médecin allemand distingué, a laissé plusieurs écrits plus ou moins remarquables, qui sont peu connus en France, ou même ne le sont pas du tout. En lisant l'article qui le concerne, non-seulement on prendra connaissance des titres exacts de ces divers écrits, mais encore on se fera une idée assez complète des matériaux qu'ils renferment, pour savoir quel parti on pourrait en tirer au besoin, et de quelle importance il pourrait être de les consulter.

Le *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*, tient un des premiers rangs parmi les productions médicales contemporaines, et il paraît destiné à réchauffer parmi nous le goût des études historiques, études sans l'appui desquelles notre science ne peut marcher qu'à l'aventure et en chancelant.

G. Richelot.
(*Archiv. de Méd.*)

Du rétrécissement de l'aorte, du diagnostic et du traitement de cette maladie, suivi d'un cas de guérison d'anévrysme du cœur; par le docteur A. Legrand. Paris, 1834.

La lésion anatomique était la suivante : Immédiatement au-dessus de l'insertion de l'artère sous-clavière gauche, au point où l'aorte, après s'être recourbée, devient descendante, existait un léger étranglement, suivi d'un renflement bien marqué qui décroissait rapidement sur toute la circonférence de l'artère, pour offrir, huit lignes plus bas, un étranglement beaucoup plus considérable que le premier, et serrant régulièrement l'artère comme si elle

était prise dans un nœud circulaire. Après cet étranglement, l'artère se développait assez, mais restait cependant un peu au-dessous du volume qu'elle présente ordinairement. A l'intérieur de l'étranglement, la cavité du vaisseau était coupée par une cloison circulaire, ne laissant, pour le passage du sang, qu'une ouverture centrale, arrondie, d'une ligne et demie de diamètre.

Cette observation est rendue précieuse par le soin avec lequel les symptômes de la maladie sont décrits, par les détails dans lesquels l'auteur est entré au sujet des circonstances antécédentes de la vie et du diagnostic d'une affection aussi grave. Sous le rapport du traitement, cette observation est encore pleine d'intérêt; on y voit, en effet, ce médecin prolonger par ses soins éclairés, les jours d'un homme qui semblait voué à une mort prompte. Parmi les moyens thérapeutiques qui ont rendu le plus de service dans ce cas, nous signalerons le lait, auquel M. Legrand eut recours d'après M. Chrestien, de Montpellier (*De l'utilité du lait administré comme remède et comme aliment dans le traitement de l'hydropisie ascite.* Archives gén. décembre 1831). Chez le malade de M. Legrand, l'usage du lait sembla dissiper l'ascite et l'œdème général, qui menaçaient ses jours, en provoquant une diurèse abondante. A cette occasion, M. Legrand cite deux cas qui lui sont propres, et un troisième qui lui a été communiqué par M. Kapeler, et dans lesquels l'emploi du lait a eu des résultats tout aussi favorables.

A la suite de son importante observation, M. Legrand en a rassemblé cinq autres qui ont avec elle de l'analogie, mais qui, pour la plupart, sont trop dénuées de détails pour être utiles sous le point de vue du diagnostic.

Quant à l'observation d'*anévrysme du cœur suivi de guérison*, nous ne croyons pas qu'elle soit à l'abri de toute objection. L'exaltation nerveuse de la malade, exaspérée presque constamment par les émissions sanguines, cette circonstance qu'elle était à son âge critique, l'action des divers moyens thérapeutiques employés, etc., nous portent à penser que l'hypertrophie présumée du ventricule droit n'était qu'apparente, et que les palpitations étaient l'effet d'un trouble fonctionnel, mais non d'une lésion organique du cœur. Ce qui nous fortifie d'ailleurs dans cette opinion, c'est que ni les symptômes locaux, ni les symptômes généraux ne nous paraissent suffisamment caractérisés.

G. R.

(*Archiv. de Méd.*)

Traité des rétrécissemens du canal de l'urètre et de l'intestin rectum; par S. Tanchou. Paris, 1835, chez Crochard, rue de l'École de Médecine, 13.

Pour bien établir sa *spécialité*, il est indispensable de la flanquer d'un volume, et cette formalité est la chose du monde la plus facile à remplir : inventez un instrument, quelque futile qu'il soit, ou pour plus d'économie et de facilité, ajoutez une vis, une charnière, tout ce que vous voudrez à un instrument connu ou que vous aurez exhumé de l'*armamenrium* de Scultet ou de quelque autre vieux bouquin; donnez à cet instrument un nom composé de deux ou trois particules grecques. Puis ramassez dans les auteurs et dans vos paperasses une masse confortable d'observations, cousez-les tant bien que mal jusqu'à concurrence d'un raisonnable in-8° enjolivé d'une ou de deux planches lithographiques. Lancez le tout à l'Institut pour le concours Monthyon, et à l'Académie de médecine qui vous gratifiera d'un rapport bénin, et voilà votre spécialité établie; et vous êtes sûr d'aller à l'immortalité, car les journaux parleront de vous. Moyennant deux exemplaires, on se fera un devoir d'érudit de vous citer dans les monographies présentes et futures, et surtout les rivaux que vous aurez critiqués, comme de raison, ne manqueront pas de regimber et de servir ainsi merveilleusement vos vues. Ne manquez pas surtout de mettre votre adresse en gros caractères sur la couverture, comme sur vos annonces de cours publics, car, après tout, il faut bien que le client sache où vous prendre.

(*Journal hebdom. de méd.*)

De la gravité des lésions du cou, des caractères qui peuvent faire reconnaître si elles sont l'effet de l'homicide, du suicide, d'un accident ou d'un état morbide; par M. Boileau de Castelneau, chirurgien en chef de la Maison centrale de Nîmes. (Thèse du concours pour la chaire de médecine légale à Montpellier.) 50 pages in-4°. Paris 1834.

Une thèse de concours est une œuvre obligée, précipitée; lorsqu'elle est savamment conçue elle ne témoigne donc que plus positivement du mérite de son auteur. Cette conclusion s'applique à juste titre à M. Boileau de Castelneau qui, dans l'édification de sa thèse, a fait preuve d'instruction et de sagacité. Après avoir évalué les termes de la question, défini les mots *lésion*, *gravité*, en médecine légale, il entre en matière par un coup-d'œil sur la *structure* anatomique du cou; il étudie ensuite les lésions *idiopathiques*, considérées dans chacun des élémens constituans de cette partie, et c'est ici surtout qu'il développe des connaissances pathologiques variées, qu'il rattache, avec habileté, à la médecine légale. Nous devons cependant signaler un *lapsus* grave qui a trait à des intérêts palpitans : « La dysphagie, » dit-il, peut résulter de l'action prolongée d'un gargarisme » dans lequel entre l'acétate de plomb. *Dans ce cas une* » *action pourrait être dirigée* contre le médecin qui l'a » prescrit...» Nous ne discuterons pas la gravité, la possibilité même d'une dysphagie par un gargarisme d'eau blanche; mais nous sommes étonnés de voir M. Boileau admettre la possibilité d'intenter au médecin une action pour ce fait; action qui serait ridicule et de plus odieuse comme toutes celles dirigées contre un praticien, mal habile peut-être, mais du moins consciencieux et, partant, non coupable. En admettant cette action comme matériellement possible, il fallait du moins la flétrir, la réprouver avec énergie.

Passant à l'étude des lésions *consécutives* du cou, l'auteur insiste, comme il le devait, sur les phénomènes de la

strangulation. Enfin, dans un résumé lucide il trace les caractères distinctifs de *l'homicide*, du *suicide*, de *l'accident* et de l'*état morbide* spécifiés dans le titre de la question.

M. Boileau de Castelneau est sorti avec honneur d'une lutte dans laquelle il y a des lauriers même pour les vaincus. F.

(*ibid.*)

Traité sur les fièvres rémittentes et intermittentes, leurs symptômes et leur traitement; par M. Nepple, D.-M. 1 vol. in-8. Prix 4 fr. Chez Just Rouvier et E. Le Bouvier, rue de l'École de Médecine, n° 8.

M. Nepple est un praticien fort distingué de la province, qui, placé dans des circonstances favorables pour observer la fièvre intermittente, a cru devoir publier les résultats de ses observations et de sa pratique. Son livre est divisé en deux parties. La première contient une statistique médicale du canton de Montluel et d'une partie de la Dombes, département de l'Ain. Quinze lieues carrées de ce pays y sont occupées par des étangs créés par la main de l'homme, étangs dont l'existence est un fléau pour la santé des habitans qui peuplent leurs bords, en même temps qu'ils sont la seule source de la richesse du pays, puisqu'ils servent à fertiliser une terre ingrate et à élever du poisson. Une infinité de petits marais, formés et entretenus, soit par les eaux pluviales, soit par celles qui regorgent des étangs, les fossés nombreux creusés pour le service de ces réservoirs, se couvrent de myriades d'insectes, de vers, de batraciens et de reptiles dont les déjections et les cadavres, joints aux détritus des plantes aquatiques, donnent à toutes ces eaux une odeur et une saveur fades et nauséabondes, extrêmement prononcées dans les soirées d'été. A ces circonstances délétères vient se joindre l'influence d'une température extrêmement variable occasionée par le vent du midi qui règne dans le milieu du jour et le vent nord-est qui descend chaque soir de la chaîne glacée des Alpes et du Jura. Enfin la nourriture de ces malheureux habitans vient compléter leur fatale prédisposition aux fièvres intermittentes, car elle ne se compose que de seigle, de pommes de terre, de maïs, de quelques légumes aqueux, etc. Aussi le teint blême, les traits alongés, maigres ou bouffis, les chairs flasques, la démarche lente, la mollesse des mouvemens, un gros ventre, les facultés intellectuelles et affectives extrêmement bornées sont le partage du misérable habitant de la Dombes.

Tel est le triste tableau que M. Nepple trace de cette partie du territoire français et des individus qui l'habitent. La mortalité, surtout chez les enfans, y est effrayante et la vie moyenne y doit être fort courte au milieu de toutes ces influences pernicieuses.

La deuxième partie, contenant l'histoire des fièvres rémittentes et intermittentes, est divisée en quatre chapitres. Le premier renferme des exemples de toutes les espèces de fièvres intermittentes et rémittentes. Le deuxième est consacré à l'étiologie des fièvres d'accès. Le troisième contient le traitement. Dans le quatrième, enfin, se trouvent des discussions théoriques sur la nature et le siége de la maladie.

Voici les conclusions les plus saillantes de cette deuxième partie : 1° l'endémie ou l'épidémie de la fièvre intermittente ne s'établit que sous l'influence réunie de la chaleur, de l'humidité et des miasmes ou émanations, provenant des marais ou d'eaux stagnantes en fermentation putride. 2° Le siége de la fièvre intermittente n'est pas toujours le même : cependant dans le plus grand nombre des cas, on le trouve primitivement dans les organes qui relèvent du grand sympathique, et spécialement sur leurs expansions nervoso-vasculaires. Ce n'est que par réaction que le cerveau et le reste de l'économie participent à la lésion première. 3° La fièvre intermittente est une irritation nerveuse. 4° Elle est rarement simple à son début. 5° Les diverses explications du phénomène de l'intermittence sont fausses ou peu fondées. Il l'explique par un afflux rapide et une concentration extraordinaire d'un fluide nerveux ou électrique qui produit momentanément une congestion sanguine qui, à son tour, provoque tous les phénomènes locaux et généraux de l'inflammation. 6° Quant au traitement, le quinquina et ses préparations en doivent être la base, bien que M. Nepple n'ait pu s'expliquer cette singulière influence de l'écorce du Pérou contre l'intermittence.

Tel est ce livre de M. Nepple, écrit d'un style simple et toujours clair, plein de bonnes observations et semé de réflexions utiles, il dénote un excellent observateur et un praticien sage. Il ne manque à ce livre, pour devenir classique, que d'avoir été écrit à Paris et d'être un peu moins empreint de couleur locale. Mais il doit être si difficile de faire un livre loin des grandes bibliothèques et de toutes les ressources intellectuelles dont on jouit dans les grandes villes que l'on doit être moins sévère à l'égard d'un écrivain placé dans des circonstances si défavorables. D'ailleurs, la sévérité envers M. Nepple serait injustice, son livre, à mon avis, est un des meilleurs traités sur la matière. Amédée Latour.

(*ibid.*)

Philosophie de l'histoire naturelle, ou phénomènes de l'organisation des animaux et des végétaux; par J.-J. Virey, 1 vol. in-8°.—Paris, chez J.-B. Baillière. 1835.

Sous ce titre ambitieux et sonore, M. Virey vient de publier un livre qui se termine ainsi :

Propositions terminales.

1° La divinité est-elle le *principe intelligent;* la force vitale du monde (dans l'encéphale universel), analogue au fluide nerveux ou à l'éther céleste ?

2° La nature est-elle comme l'appareil nerveux général, distribuant à toutes les parties des sphères, le mouvement, la vie, pour l'organisation et le développement des créatures animales et végétales ?

3° Les masses appelées inorganiques et anorganiques, sont-

elles des matériaux, constituant les corps divers qui composent les mondes, soit à l'état minéral et chimique, permanent, soit à l'état passager d'organisation, par l'influence du *principe vivificateur* ?

4° Les êtres organisés, dans leur existence individuelle et transitoire, émanent-ils, comme productions temporaires du grand arbre de la vie ?

5° Chacune de ses diverses branches, ou souches d'espèces, se rattachent-elles à un tronc commun, par des rapports fraternels, dans leurs genres et leurs familles, selon la loi générale de vie, de reproduction et de destruction ?

6° Toutes les espèces animées (sans excepter la race humaine, terminale ou régulatrice, sur notre planète), subissent-elles, *comme leurs individus*, la loi de développement, de croissance, de vigueur et de multiplication, puis de vieillesse et de mort, pour accomplir l'orbite des transformations ou des modifications concordantes avec celles de l'astre qui les nourrit, les fait épanouir et fructifier ?

7° Tous les êtres organisés de notre monde n'aspirent-ils pas, par des déploiemens successifs et une évolution de plus en plus compliquée, à s'élèver progressivement vers le faîte de la perfection, pour se rapprocher de l'organisme humain ?

8° La race humaine, les autres espèces animales et végétales, sont-elles subordonnées dans leurs harmonies réciproques, ou pondérées les unes par rapport aux autres, d'après leurs formes, leurs instincts de vie ; tandis que les minéraux sont soumis aux lois mécaniques et physiques ? »

En vérité, en vérité, méditez profondément, enfermez-vous dans les abîmes de la science ; faites de gros livres pour arriver à des propositions aussi claires, à des conclusions aussi rigoureuses, à des énoncés aussi lucides, à des résultats aussi nouveaux, alors vous aurez droit de vous énorgueillir, et de prendre pour épigraphe cette pensée d'Ovide :

In nova fert animus.....

A. L.
(*ibid.*)

Monographie des Dermatoses, ou Précis théorique et pratique des maladies de la peau; Par M. le Baron Alibert. — 2e édition. Deux gros volumes grand in-8°, avec planches coloriées. — Paris, 1835.

Cette édition est véritablement une édition de *luxe* : papier, impression, planches jointes au texte, tout y est pompeux..., tout, jusqu'au style de l'auteur !

Voilà pour la forme : quant au fond, j'avoue que l'*Avant-propos* de M. Daynac, non plus que la *Note* de M. Duchesne-Duparc sur *les avantages de la méthode naturelle*, ne m'ont point converti. Je persiste à préférer l'ancienne classification de M. Alibert à la nouvelle, et, à toutes deux, la classification de *Willan*, propagée en France et perfectionnée par M. Biett, le premier élève de M. Alibert. J'ai exposé ailleurs les argumens propres à appuyer ma manière de voir (1), et depuis lors, l'un de nos plus zélés collaborateurs, M. Marlins, a discuté cette question avec toute la supériorité que lui donnent des connaissances spéciales en histoire naturelle (2). Mais, cette concession faite aux règles inflexibles de la science et de la conscience, hâtons-nous de proclamer les nombreux avantages d'un livre riche de faits et de détails thérapeutiques, fruits de la longue expérience de l'auteur. Egalement destiné aux élèves et aux praticiens, cet ouvrage, outre le fond scientifique, présente avec une forme nouvelle des faits qui ne sauraient que gagner à être étudiés sous toutes leurs faces. Il ne faut pas hésiter à blâmer les auteurs qui traitent légèrement un pareil sujet, et qui omettent a dessein dans leurs écrits une *synonymie* que réclame impérieusement les besoins de la science. M. Alibert, d'ailleurs, s'est noblement vengé de cette omission mal entendue en rendant justice, en divers lieux de de son livre, au talent et à l'instruction de ceux qui se sont écartés de ses voies.

Au nombre des planches dont cette seconde édition est enrichie, et dont quelques-unes donnent une idée assez exacte de la maladie qu'elles sont destinées à figurer (autant, du moins, que cela est au pouvoir de l'art), il faut compter la représentation de l'*arbre de la famille des dermatoses* qui déploie ses rameaux en tête de l'ouvrage. Nous ne saurions mieux faire ici, pour nous rapprocher nous-même un peu du style élégant et pittoresque de l'auteur, que d'emprunter à un journal du Midi la péroraison qui termine l'article de ce journal consacré à l'exposition de la classification de M. Alibert :

« ... Ce ne sont là que les branches et les ramaux de cet arbre du mal, qui couvre de son ombre délétère l'espèce humaine. De chacun des rameaux se détachent des ramuscules qui offrent des variétés nombreuses des diverses maladies qui y sont désignées. On peut dire que sur ces ramuscules se développent des fleurs âcres qui apportent des fruits amers. »

(*Bull. méd. de Bordeaux*, 1834, t. 1, n° 46.)

G.
(*Revue Méd.*).

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, par MM. Andral, Bégin, Blandin, Bouillaud, Bouvier, Cruveilhier, Cullerier, Deslandes, Devergie, Dugès, Dupuytren, Foville, Guibourt, Jolly, Lallemand, Londe, Magendie, Martin Solon, Ratier, Rayer, Roche, Sanson, en 15 volumes. T. quatorzième (Ouar-Splén.), in-8°, prix 7 francs.

A Paris, chez J.-B. Baillière et Méquignon-Marvis.

Le tome xve et dernier paraîtra fin de novembre.

Travaux thérapeutiques, anciens et modernes sur la

---

(1) *Manuel des maladies spéciales de la peau*, p. 51 à 59.

(2) *Les principes de la méthode naturelle* appliqués à la classification des maladies de la peau. (Thèses de la faculté de Paris, 1834.)

digitale, le seigle ergoté et la ciguë, par plus de cent cinquante auteurs : recueillis et publiés par A. L. J. Bayle. — Un gros vol. in-8° (3e de la bibliothèque de thérapeutique). Chez J. B. Baillière.

Du Grandinisme, pour répondre à la question de l'Académie royale de Sciences, sur *la fièvre continue;* par M. Bressy, médecin à Arpajon. Un vol. in-8°. Chez Delamotte, libraire, rue des Grands-Augustins, N° 9; Just Rouvier et le Bouvier, libraires, rue de l'Ecole de Médecine, N° 8. Prix, 2 fr. 50 cent.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

Séance du 20 juillet.

Action du potassium sur l'alcool anhydre.—Recherches sur la structure du cordon ombilical et sur sa continuité avec le fœtus.

M. le docteur Larrey annonce à l'Académie qu'il vient de recevoir du ministre de la guerre l'ordre de se rendre à Toulon, à l'occasion de l'épidémie qui régne dans cette ville; il demande à l'Académie qu'elle veuille lui donner des instructions, dans le cas où elle aurait besoin d'observations sur ce sujet.

— *Formation de l'éther.* — M. Guérin Vary écrit que, dans le but d'éclaircir la formation de l'éther, il a entrepris une série d'expériences sur les actions du potassium et de l'alcool anhydre.

On sait que dans cette action il y a production de potasse et d'un gaz qu'on regardait généralement, comme une carbure d'hydrogène, quoiqu'on ne l'eût pas encore analysé. D'après les recherches de M. Guérin, ce gaz est de l'hydrogène parfaitement pur; la potasse formée est en belles lames minces, très-alongées et terminées en fer de lance; mais de plus, il se produit deux nouveaux liquides qui n'ont aucune ressemblance avec l'éther sulfurique. L'un de ces liquides est incolore, de saveur moins brûlante que l'alcool anhydre, mais d'odeur plus pénétrante. Il brûle avec une flamme semblable à celle de l'alcool.

Le second liquide avait été obtenu en trop petite quantité pour permettre de faire toutes les expériences nécessaires pour le caractériser.

— M. Vallot, de Dijon, adresse quelques détails sur une espèce de teigne, dont la larve se nourrit des fleurs du *vicia cracca*, et qu'il nomme, pour cette raison, *Tinea craccella*.

— *Structure du cordon ombilical.* — M. Flourens lit des recherches dont le but principal est d'établir le mode de continuité du fœtus avec les gaines ou membranes enveloppantes; ses recherches ont été faites principalement sur des fœtus de pachydermes, et en particulier sur de fœtus de cochon.

Dans ces animaux, le *chorion* se borne à envelopper, d'une manière générale, tout le reste de l'œuf, sans se replier, sans pénétrer vers l'intérieur pour y accompagner le cordon ombilical, comme il le fait dans l'homme; il offre ainsi un trait d'analogie de plus avec *la membrane de la coque* des ovipares, dont il est comme on le sait l'*analogue*, relativement à l'œuf des vivipares.

On peut remarquer en outre que dans les pachydermes l'*allantoïde* ne se continue dans le cordon ombilical que par l'*ouraque*, et que la *membrane ombilicale* ne s'y continue que par son pédicule.

De ces seuls faits, il résulte déjà que, de toutes les membranes de l'œuf, la seule qui, dans ces animaux, se continue et se prolonge de manière à former une enveloppe générale au cordon, ce sera l'amnios.

La question, réduite à ces termes, ne consisterait plus, du moins pour les animaux dont il est question, qu'à montrer comment l'amnios se continue avec les tissus propres du fœtus; car d'abord, comme il vient d'être dit, le chorion y reste extérieur et n'accompagne pas le cordon; et ensuite, pour tous les autres élémens de ce cordon, l'ouraque la veine, les artères ombilicales, les vaisseaux omphalo-mésentériques, le pédicule de la membrane ombilicale, on sait et quelle est leur origine, et l'usage et le mode de leur connexion avec le fœtus.

Mais la question, dit M. Flourens, n'est pas, à beaucoup près, aussi simple : outre l'amnios, qui accompagne le cordon ombilical, et au dessous de cet amnios il existe, en effet, jusqu'à trois sortes de membranes celluleuses, et chacune d'elle a un mode de connexion particulier, chacune s'unit à un tissu distinct du fœtus.

De plus l'amnios, pris en lui-même, se compose de deux feuillets dont chacun s'unit encore à un tissu distinct du fœtus.

Les *élémens vasculaires* du cordon ombilical, sans y comprendre les gaînes particulières qui entourent la veine et les artères ombilicales, composent donc jusqu'à cinq enveloppes générales superposées, les deux feuillets de l'*amnios* et les trois feuillets *sous-amniostiques* de nature celluleuse.

Il résulte, poursuit l'auteur, des pièces que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie, que de ces cinq enveloppes, le feuillet extérieur de l'*amnios* se continue avec l'*épiderme* du fœtus, le feuillet interne de l'amnios avec le derme, la *première* enveloppe celluleuse avec le *tissu cellulaire sous-cutané abdominal*, la *moyenne* avec l'*aponévrose des muscles abdominaux*, et enfin *la plus profonde* avec le *péritoine*.

Une sixième préparation montre la séparation des cinq membranes du cordon jusque dans le bout du cordon opposé à celui par lequel il tient au fœtus.

En effet, ajoute M. Flourens, de toutes ces gaînes superposées du cordon, ce n'est pas seulement l'amnios qui se continue dans l'œuf proprement dit, les gaînes celluleuses s'y continuent aussi, et s'interposant entre les membranes principales de cet œuf, le chorion, l'allantoïde, l'amnios, elles y forment ces membranes secondaires réticulées, indiquées plus ou moins vaguement par différens auteurs et qui unissent entre elles toutes les membranes principales.

Toutes ces recherches faites d'abord sur des fœtus de *pachydermes* ont été répétées ensuite et avec une résul-

tat à peu près pareil sur des fœtus de ruminans et de rongeurs, et particulièrement sur de petits *veaux* et de petits *lapins*.

Quatre préparations sont relatives à ces derniers.

Ainsi donc, en se bornant aux seules espèces qui ont été indiquées, il est évident, dit M. Flourens, que le *cordon ombilical* se continue avec le fœtus, non seulement par ses élémens vasculaires, mais aussi par ses élémens membraneux. Il est évident en outre que ces élémens membraneux qui se continuent avec les tissus propres du fœtus sont multiples, et que chacun d'eux se continue avec un tissu différent, dernier fait qui explique les opinions si variées des auteurs relativement au point d'organisation et de structure intime qui nous occupe : de Harvey qui veut que tout le cordon en masse se continue avec le fœtus; de la plupart des anatomistes qui veulent que l'*amnios*, que le *chorion* se continuent avec le derme, avec l'épiderme; de M. Mondini, qui veut que l'amnios se continue avec le *derme*, et le *chorion* avec les *muscles abdominaux*; de plusieurs autres qui veulent que l'*amnios*, que le *chorion* se continuent avec le *péritoine*, etc.

Ces résultats, dit en terminant M. Flourens, tout en résolvant bien des difficultés relatives au mode d'union du *fœtus* avec les parties constitutives de l'œuf, en font naître sans doute une foule d'autres sur la formation même de ces rapports et de cette union; mais celles-ci trouveront leur solution dans un second mémoire où se trouveront aussi les éclaircissemens particuliers pour ce qui concerne le fœtus humain.

Séance du 27 juillet.

Entre-croissement des fibres dans les muscles symétriques.

Structure intime du système musculaire.—M. Thomson adresse un résumé des principaux résultats auxquels il est arrivé sur ce sujet. Ces résultats sont les suivans :

1° Aucun des muscles de l'abdomen, du périnée, du pharynx, de la vessie ne s'arrête sur la ligne médiane. Leurs fibres non seulement traversent cette ligne pour aller s'implanter sur les os du côté opposé; mais en la traversant elles s'entrelacent avec les fibres des muscles correspondans du côté opposé, en faisant avec elles une véritable trame.

2° Il n'existe pas dans le périnée, d'aponévrose dans le sens où ce mot est pris par MM. Gerdy, Blandin et Velpeau, les lames aponévrotiques étant constituées par l'entrelacement des fibres tendineuses des muscles des deux côtés.

3° Les muscles crémastères sont des muscles indépendans et non un prolongement des fibres inférieures du muscle petit-oblique.

4° Les ligamens ronds de l'utérus ne sont qu'une transformation des muscles crémastères.

5° Le *gubernaculum testis* n'est aussi autre chose que le crémastère accompagné des vaisseaux et des nerfs propres à l'organe glanduleux.

6° Il n'existe à la vessie qu'une seule série de fibres musculaires, disposées en spirales, lesquelles s'entre-croisent en arrière et en avant, puis viennent se fixer par les extrémités tendineuses sur les bords articulaires de la symphise pubienne.

—M. Laulh adresse un mémoire sur la structure des vaisseaux lymphatiques.

— M. Gerdy adresse un mémoire sur la structure des os.

— M. de Blainville fait en son nom et celui de M. Duméril, un rapport sur une note de M. Dujardin, relative aux rhizopodes ou prétendus céphalopodes microscopiques.

— M. Sédillot lit une note sur les luxations du fémur.

Séance du 3 août.

Inauguration de la statue de Cuvier à Montbelliard. — Election de M. Melloni comme membre correspondant de l'Académie. — Magnétisme animal.

Statue de Cuvier. — Le conseil municipal de Montbelliard annonce à l'Académie, par l'organe de son secrétaire, que l'inauguration de la statue qui doit être élevée à Cuvier dans sa ville natale, aura lieu le 23 août prochain, anniversaire de la naissance du grand naturaliste. Le conseil municipal attacherait un grand prix à voir l'Académie des sciences représentée dans cette solennité par quelques uns de ses membres.

— *Action du tanin.* M. le docteur Toulmouche adresse, pour le concours Montyon, un mémoire relatif à l'action qu'ont les plantes qui contiennent du tanin pour neutraliser la propriété vomitive du tartrite antimonié de potasse, et sur des conséquences thérapeutiques nouvelles, contraires à beaucoup de celles qui sont admises sur ce sujet.

— L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant pour la section de physique.

La liste des candidats porte dans l'ordre suivant les noms de MM. Melloni à Parme; Marianini à Venise; Amici à Florence; Erman à Berlin, Rudbeck à Stockolm; Bellani à Mons. Au premier tour de scrutin, M. Melloni réunit 33 suffrages et est déclaré élu.

— *Propriétés électriques acquises par certaines substances minérales dans leur contact avec l'eau.* M. Becquerel lit un mémoire sur quelques unes de ces propriétés. L'auteur a prouvé, il y a quelques années, que le contact de l'or ou du platine avec le péroxide de manganèse, l'anthracite, la plombagine, etc., est accompagné d'effets électriques de tension, bien que ces dernières substances ne paraissent éprouver aucune altération de la part de l'eau distillée. Dans son nouveau mémoire, il recherche la nature des courans produits quand les mêmes substances constituent un circuit fermé avec l'eau et le platine.

— *Magnétisme animal.* M. Dupotet lit l'introduction d'un mémoire sur le magnétisme animal qu'il définit : « La » propriété qu'ont les corps organisés et vivans d'agir les » uns sur les autres, en vertu de lois qui ne sont pas en- » core bien connues. »

« Cette faculté, dit l'auteur, si évidente pour ceux qui ont cherché à la reconnaître, a toujours été combattue par les corps savans, et rejeté comme une chimère, malgré les

efforts d'un grand nombre d'hommes de mérite qui cherchèrent dans divers temps à diriger les esprits vers l'étude d'une découverte si importante. Cependant, poursuit M. Dupotet, ceux qui agissaient ainsi à l'égard du magnétisme animal ont étudié avec ardeur les phénomènes de la lumière, ceux de l'électricité, du galvanisme; ils semblent avoir complètement approfondi la nature de tous ces fluides étrangers à la vitalité, et les effets surprenans du fluide vital continuent de leur être étrangers.

» M. Dupotet rappelle l'excitation qui se produisit dans le monde savant et le monde médical, lorsque Mesmer, en 1784, proclama à Paris ses nouvelles idées, et le rapport que firent les commissaires de l'Académie sur les effets résultant des pratiques. Quoique les conclusions de ce rapport ne fussent pas favorables à l'emploi du magnétisme comme moyen curatif, les expériences se continuaient avec ardeur, et on devait espérer d'arriver bientôt à des résultats positifs, lorsque la révolution se déclara; alors non seulement les esprits furent détournés des recherches scientifiques pour s'occuper d'intérêts plus pressans; mais bientôt même il ne se trouva plus en France presque aucun des hommes que Mesmer avait initiés à sa doctrine; car, on doit se le rappeler, l'initiation était très-coûteuse, de sorte que les disciples, qui avaient dû préalablement payer cent louis à Mesmer, et appartenaient ainsi à la haute classe de la société, émigrèrent pour la plupart.

» Ce n'est pas ici le lieu d'examiner si la présence des grands seigneurs en France a beaucoup avancé cette branche de nos connaissances. Quoi qu'il en soit, dès que la tranquillité fut un peu rétablie, on commença de nouveau à s'occuper de magnétisme. Si l'enthousiasme, dit l'auteur, fut moins vif à cette seconde apparition, il fut aussi plus durable, les faits furent examinés avec moins de prévention, et des découvertes en partie accidentelles ayant amené des changemens considérables dans les procédés qu'on employait pour faire naître les phénomènes, l'étude n'en eut plus rien de repoussant. Les savans, d'ailleurs, continuèrent en général de montrer, même en présence des faits, une très-grande indifférence, et souvent invoquèrent encore l'ancien rapport des commissaires de l'Académie, rapport que souvent ils ne connaissaient pas, et qui d'ailleurs n'était plus guère applicable à la nouvelle face sous laquelle se présentait la question. Ce fut donc entre les mains de personnes étrangères aux sciences que l'étude du magnétisme fit des progrès. Elle est arrivée maintenant, dit l'auteur, à un point où les savans pourront en prendre connaissance sans s'écarter en rien de la marche qu'ils suivent dans les sciences d'observation qui font le sujet ordinaire de leurs recherches, et je viens aujourd'hui leur proposer de les rendre témoins de quelques expériences qui me semblent de nature à entraîner les convictions.

» Si, poursuit M. Dupotet, les nombreux phénomènes dont j'ai été témoin et que j'ai fait naître ne m'ont point trompé, ils fournissent la preuve que notre cerveau peut, par l'intermédiaire des nerfs, disposer d'une force physique particulière qui n'a point encore été appréciée, et que cette force, dirigée sur un individu organisé comme nous, peut produire dans son organisation des phénomènes physiques toujours appréciables, phénomènes qui ne se manifestent que quand la cause est mise en jeu, et qui cessent aussitôt que celle-ci cesse d'agir.

» Cet agent m'a semblé produire une véritable saturation du système nerveux de l'individu qui la reçoit, car les effets n'ont pas lieu instantanément; il faut un certain temps pour les produire. Ils se manifestent par des secousses qui ne se renouvellent qu'à des intervalles plus ou moins longs. Ces mouvemens sont tout à fait automatiques; celui qui les éprouve n'en a pas la conscience, il est entièrement étranger à leur manifestation, sa volonté ne saurait y jouer aucun rôle, et je n'admets comme nécessaire pour la réussite de cette expérience qu'un état entièrement passif de la part du patient lorsqu'on agit sur lui.

» Les expériences, ajoute M. Dupotet, peuvent se faire à toute heure du jour; les lieux où on peut les multiplier sont nombreux; car nous expérimenterons sur des enfans en bas-âge, et dans des circonstances faciles que je ferai connaître. Les expériences que je propose de faire ne peuvent être confondues avec aucune de celles qui ont été tentées ou proposées pour arriver à prouver l'existence du magnétisme animal; elles sont entièrement différentes, et m'appartiennent en propre. »

Nous nous abstiendrons de faire aucune réflexion sur les idées émises par M. Dupotet, et nous attendrons le rapport des commissaires chargés de suivre les expériences qu'il annonce. La commission se compose de MM. Dulong, Magendie, Serres, Double et Roux.

Séance du 10 août.

Mémoire sur la structure du cordon ombilical, par M. Flourens. 2e partie. — Température humaine.

Voyage à la recherche de LA LILLOISE. — M. Freycinet donne lecture d'une lettre dans laquelle M. Gaymard lui rend compte des démarches qui ont été faites jusqu'au moment où il écrit (4 juillet) pour obtenir quelques renseignemens sur le sort de *la Lilloise*. Il paraît maintenant bien démontré que le naufrage n'a point eu lieu près des côtes de l'Islande, et il y a lieu de penser que c'est en faisant route pour le Groenland que le bâtiment aura péri.

Une seconde lettre de M. Gaymard, adressée à l'administration du Muséum, et dont M. J. Geoffroy donne à l'Académie une courte analyse, est plus spécialement consacrée aux observations d'histoire naturelle. Sans entrer, à ce sujet, dans aucun détail, nous dirons que le zélé naturaliste n'a pas cru devoir s'occuper seulement des espèces nouvelles ou peu connues; il a porté son attention sur un point trop souvent négligé par les voyageurs, sur les animaux domestiques du pays où il se trouve. Le chien et la brebis, en Islande, offrent sous le rapport de l'organisation et des mœurs, matière à plusieurs observations intéressantes, et à son retour, il se propose de ramener en France plusieurs individus de l'une et de l'autre espèce.

Structure du cordon ombilical. — M. Flourens continue l'exposition de ses recherches sur ce sujet. Dans le premier mémoire l'auteur avait fait connaître la composition et les rapports du cordon chez les *pachydermes*, *les rumi-*

nans et les *rongeurs ;* les *carnassiers*, comme il l'a reconnu lui-même depuis, offrent quelque chose de semblable pour tous les points essentiels ; c'est-à-dire que dans cette classe comme dans les trois précédentes, le chorion reste tout-à-fait extérieur, et par suite entièrement étranger au cordon ombilical ; que ce cordon se compose de même, outre ses élémens vasculaires, de cinq élémens membraneux qui se continuent chacun avec un tissu distinct du fœtus, savoir : 1° le feuillet extérieur de l'amnios se continuant avec l'épiderme ; 2° le feuillet intérieur avec le derme ; 3° le premier feuillet celluleux sous-amniotique avec le tissu cellulaire sous-cutané abdominal ; 4° le second feuillet sous-amniotique avec l'aponévrose des muscles abdominaux ; 5° enfin, le troisième feuillet avec le péritoine.

Une préparation que l'auteur met sous les yeux de l'Académie montre cette composition et ces rapports chez un fœtus de chien.

La structure du cordon ombilical dans le fœtus humain a cela de particulier que le chorion, qui chez les animaux des classes précédentes était resté étranger au cordon, s'y unit au contraire dans ce cas et l'accompagne en lui fournissant une double gaîne ; mais par une sorte de compensation, au lieu de trois lames celluleuses sous-amniotiques, on n'en trouve qu'une seule, et comme les deux lames, prolongement de celle de l'amnios s'y rencontrent également, le cordon se trouve encore enveloppé de cinq membranes, les deux couches provenant du chorion remplaçant les deux enveloppes sous-amniotiques manquantes.

Quatre préparations présentées par l'auteur du mémoire ont pour objet de montrer ce nouveau mode de composition du chorion.

En comparant ainsi la structure du cordon dans les différentes classes de mammifères, l'auteur s'est proposé et il annonce avoir obtenu un résultat plus important, celui de prouver que l'œuf et le fœtus tiennent essentiellement l'un à l'autre, mais pour ces deux êtres, s'il est permis de s'exprimer ainsi, ou si l'on veut, pour ces deux parties du même être la *durée vitale* n'est point la même, de sorte qu'à une époque préfixe et déterminée ils doivent nécessairement se séparer l'un de l'autre. C'est ce que M. Flourens annonce devoir démontrer dans une prochaine lecture.

Température terrestre. — M. Poisson lit une note sur les inégalités diurnes et annuelles de la terre, correspondantes à celles de la chaleur solaire.

Température du corps humain. — M. Becquerel fait connaître les résultats des recherches qu'il poursuit de concert avec M. Breschet sur la température des diverses parties du corps ; les premières expériences avaient eu pour but de faire connaître ce qui a lieu dans l'état sain ; les nouvelles sont relatives aux différences produites par la maladie.

N° 1. Homme âgé de trente-sept ans, atteint d'une fièvre typhoïde compliquée de bronchite, 116 pulsations à la minute.

Température	du muscle biceps-brachial.	38,80
Id.	de la bouche.	39,65

N° 2. Homme âgé de vingt-quatre ans, entérite compliquée de bronchite, 116 pulsations par minute.

Température	du biceps-brachial.	39,50

N° 3. Jeune fille scrofuleuse dans un état fébrile bien marqué.

Température	de la bouche.	37,50
Id.	d'une tumeur scrofuleuse enflammée à la partie inférieure du col.	40,00
Id.	d'une tumeur phlegmoneuse dans le tissu cellulaire.	40,00

N° 4. Femme de trente ans, tumeur de même nature.

Température	de la bouche.	36,75
Id.	d'une tumeur au col.	37,50
Id.	du biceps-brachial.	37,00
Id.	du tissu cellulaire adjacent.	35,00

N° 5. Femme atteinte d'un cancer au sein.

Température	de la bouche.	36,60
Id.	du cancer.	36,60
Id.	des fongosités exubérantes.	36,60
Id.	du muscle biceps-brachial.	36,60

N° 6. Jeune homme dans un état fébrile très-prononcé.

Température	du muscle biceps-brachial.	38,90

N° 7. Jeune homme atteint d'une carie scrofuleuse des os du pied.

Température	de la bouche.	36,50
Id.	du biceps-brachial.	37,50
Id.	de la plaie.	32,00

N° 8. Homme âgé de 19 ans, atteint d'une hémiplégie du côté gauche avec commencement de gangrène sénile aux membres inférieurs.

Température du muscle biceps-brachial.

Id.	du côté sain.	36,45
Id.	du côté malade.	36,60
Id	de la bouche.	36,40
Id.	des muscles du mollet, côté sain.	36,60
Id.	côté paralysé.	36,60

N° 9. Femme âgée de quarante-cinq ans, engourdissement et douleurs vives dans les membres inférieurs à la suite d'une paraplégie, 84 pulsations par minute.

Température	du muscle biceps-brachial.	37,14
Id.	des adducteurs de la cuisse.	37,55

N° 10. Homme âgé de soixante ans, atteint d'un tremblement mercuriel.

Température	du muscle biceps-brachial du côté droit où le tremblement est le plus fort.	37,04
Id.	du côté gauche.	37,15

N° 11. Hydropisie abdominale avec affection du cœur.

Température	du muscle biceps-brachial.	37,05
Id.	du liquide contenu dans l'abdomen.	36,85

N° 13. Homme atteint d'une variole confluente : quelques minutes avant sa mort, 144 pulsations très-faibles à la minute

Température	du biceps-brachial.	35,85
Id.	de la main sur l'éminence tenar.	32,00

Nota. Toutes ces températures sont évaluées en degrés du thermomètre centigrade.

En résumé, disent en terminant les auteurs, si nous nous rappelons que la température des muscles est à l'état normal d'environ 36° on voit :

1° Que l'état, fébrile donne un accroissement de température qui peut aller jusqu'à 3° centigrades.

2° Que les tumeurs scrofuleuses fortement enflammées n'ont pas donné un accroissement plus considérable de température (les parties purulentes, on doit le faire remarquer, ne participent pas à cet accroissement.)

3° Que le cancer n'a offert rien de particulier, si ce n'est un léger abaissement dans toutes les parties explorées.

4° Que la paralysie n'a présenté non plus aucune différence bien sensible entre la température du membre paralysé et celle du membre sain.

Séance du 17 août.

Existence d'un principe hydrogénique, comme élément constant dans l'air atmosphérique. — Traces d'animaux quadrupèdes trouvées dans le grés bigarré. — Mémoires sur les eaux de Néris, par M. Robiquet.

Existence d'un principe hydrogéné dans l'air atmosphérique. — M. Boussingault écrit de Lyon qu'un de ses correspondans en Italie, vient de lui annoncer que le principe hydrogéné dont il était parvenu à démontrer l'existence dans l'air par des procédés d'analyse de son invention, a été également reconnu dans l'air de Rome comme il l'avait été dans celui de Paris.

Principe nouveau découvert dans l'amande amère. — M. A. Laurence annonce qu'ayant examiné une matière résineuse obtenue par M. Laugier fils dans la rectification de l'essence d'amandes amères, il a trouvé de la benzoïne et une nouvelle substance neutre qu'il nomme benzimide. Cette substance cristallise; elle est insoluble dans l'eau et peu soluble dans l'alcool et l'éther. Avec l'acide sulfurique elle donne de l'acide benzoïque et du sulfate d'ammoniaque; avec la potasse du benzoate de la même base, il y a dégagement d'ammoniaque; avec l'acide nitrique et l'alcool, elle forme de l'éther benzoïque et du nitrate d'ammoniaque.

Traces de mammifères dans le grés bigarré. — M. de Humboldt lit une note sur des empreintes de pieds d'un quadrupède dans la formation de grés bigarré de Hildburghausen, en Allemagne.

« L'animal appartient probablement à l'ordre des marsupiaux ou animaux à bourse. M. Wiegman l'a comparé aux didelphes; mais la conformation des doigts de l'extrémité postérieure diffère considérablement du genre didelphe, Kangourou à pouce presque rudimentaire. L'animal semble avoir appuyé de tout son poids; sa marche ressemble à celle de l'ours : elle est à l'amble, la petite extrémité antérieure droite étant placée très-régulièrement tout près du pied droit postérieur. Même aux pieds du devant le pouce est séparé des autres doigts, presque comme dans un quadrumane; à certains égards, l'empreinte rappelerait assez celle des phalangers; à certains égards aussi, l'animal semblerait se rapprocher des loris. Au reste, j'émets ici ces idées sans y attacher une grande importance, et je laisse aux zoologistes à décider la place que doivent occuper, dans la série des êtres organisés, ceux dont il est question ici.

» Jusqu'ici ce phénomène d'empreinte de pieds d'un animal dans la roche encore molle, ne s'était présenté qu'une seule fois aux géologues.

Eaux thermales de Néris. — M. Robiquet lit des observations sur ces eaux, dans le voisinage desquelles il a séjourné et dont il a eu occasion de faire usage pour combattre une gastrite chronique, plus une colite des plus opiniâtres.

Si l'analyse chimique, dit l'honorable académicien, nous a fait connaître la plupart des corps qui entrent dans la composition des eaux minérales, et si cette étude nous a conduit à nous rendre un compte plus exact de leurs propriétés et à mieux en diriger l'emploi, il faut convenir cependant que malgré la précision de nos instrumens et de nos méthodes, ce genre d'étude laisse encore beaucoup à désirer. En effet, de deux choses l'une : ou les propriétés presque miraculeuses qu'on attribue à certaines eaux ne sont que fabuleuses, ou bien elles dépendent de quelques corps fugaces que nous ne parvenons pas à saisir, ou dont nous apprécions mal les vrais caractères; car, à moins d'homœopathisme, on ne saurait déduire leur efficacité de quelques atomes de substances salines plus ou moins inertes que l'analyse y démontre. Un pareil résultat doit nécessairement nous conduire, soit à révoquer en doute la vertu médicale des eaux minéralisées, soit à regarder nos analyses comme insuffisantes; et j'avoue que je serais assez disposé à adopter cette opinion, qui était celle d'un juge bien compétent en pareille matière.

« Il faut convenir, disait Vauquelin, que les effets très-remarquables que produisent dans l'économie animale certaines eaux minérales dans lesquelles l'analyse ne trouve presque rien, prouvent qu'il y a encore beaucoup de corps qui se soustraient à nos moyens d'investigation. » Mais il se hâte d'ajouter : « Ces difficultés ne doivent pas cependant nous décourager; elles doivent au contraire exciter notre zèle et engager le gouvernement à porter son attention sur une partie aussi intéressante pour l'humanité, et non moins intéressante pour la géologie, car les eaux sont des espèces de sondes qui nous rapportent, de l'intérieur de la terre, des échantillons des matières qui la composent. »

Pour justifier l'opinion de Vauquelin, poursuit M. Robiquet, il me suffira, je pense, de citer cette matière glaireuse qui a été découverte assez récemment dans certaines eaux minérales, et qu'on a prétendu remplacer par la gélatine animale, substitution bizarre, et qui faisait dire à Vauquelin que, lorsqu'on entendait représenter pour les imitations qu'on avait essayées de ces eaux l'art comme l'émule de la nature, on ne pouvait s'empêcher de sourire de pitié. Il est cependant vrai, ajoute l'auteur, que pour d'autres eaux, l'imitation ne laisse rien à désirer, et que, sous certains rapports, elle offre des avantages supérieurs à l'eau naturelle, en permettant au médecin d'augmenter, suivant les besoins du malade, la proportion du principe actif. Telles sont celles dont les propriétés dépendent bien évidemment de la présence de certains gaz; telles sont encore celles dont la vraie composition n'a été bien appréciée que depuis la découverte de l'iode. De pareils résultats en font présager de nouveaux, et donnent la mesure de tout ce qu'on peut espérer de l'étude plus approfondie de quel-

ques eaux minérales qui ne sont point assez bien connues.

Les eaux de Néris ont été analysées d'abord par Vauquelin, puis par M. Berthier, et plus récemment encore par M. Longchamp. Ce dernier n'a point encore publié son travail, mais nous savons déjà qu'il a reconnu dans le gaz qui se dégage spontanément de la source, de l'azote presque pur. M. Robiquet y a constaté la présence d'une proportion très-minime d'acide carbonique. Il n'y a pas trouvé de traces sensibles d'hydrogène.

Nous ne pouvons poursuivre l'analyse détaillée du mémoire de M. Robiquet, et nous nous contenterons d'indiquer les autres conclusions auxquelles l'a conduit l'étude des eaux de Néris. Ces conclusions sont :

1° Que l'azote pur qui se dégage de cette source thermale n'a point été dissous préalablement, et qu'il est simplement charrié par l'eau.

2° Que les sources de Néris n'étant point sulfureuses, on ne saurait attribuer l'azote qu'elles dégagent à de l'air atmosphérique dépouillé de son oxigène par des sulfures; d'où l'on peut inférer que l'azote qui se dégage des eaux sulfureuses, n'est point principalement produit par cette cause.

3° Que l'azote qui se dégage spontanément des eaux de Néris a appartenu à de l'air atmosphérique dont l'oxigène se retrouve en entier dissous dans l'eau où il est accompagné d'environ partie égale d'azote. C'est ce dernier gaz, d'après les observations de Demarty, qui retient l'oxigène en dissolution. Lorsque l'eau est sulfureuse, cette portion d'oxigène doit nécessairement servir à transformer les sulfures en sulfates.

4° Que la surabondance d'oxigène contenu dans les eaux de Néris, pourrait bien être une des causes principales de leur action sur l'économie animale.

5° Que la matière glaireuse produite par les eaux thermales, et à laquelle M. Longchamp a donné le nom de *barégine*, n'est point contenue en dissolution dans le même état où elle se manifeste à nos sens, mais qu'elle résulte d'une réaction pendant laquelle l'oxigène et l'azote contenues dans l'eau thermale sont mis en liberté, et dont la plus grande partie est comme emprisonnée dans les cellules de cette barégine.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 août.

Réclamations pour M. Fiard. — Cicatrisation des plaies. — Orthopédie. — Cure radicale des chûtes de matrice. — Névralgie faciale guérie par la section du nerf.

La correspondance comprend de nombreuses communications sur le choléra. Le ministre prie l'Académie de statuer sur la valeur présumée de plusieurs remèdes. (La commission se réunira pour répondre.)

M. Bouillaud demande la parole pour justifier M. Fiard des inculpations comprises dans le rapport lu par M. Husson dans la dernière séance. M. Fiard est innocent de l'article incriminé, que le *Moniteur* a puisé dans les *Débats*, à l'insu de ce médecin. M. Bouillaud demande que dans la réponse au *Moniteur* il soit fait abstraction des accusations dirigées contre cet honorable confrère.

MM. Lodibert, Velpeau, Chervin, parlent dans le même sens.

M. Husson, pour toute réponse, lit la lettre en réponse au *Moniteur*, lettre dans laquelle M. Fiard ne se trouve nullement en cause. MM. Double, Cornac, Desgenettes, etc., trouvent également cette lettre inoffensive.

M. Delens fait observer que c'est dans le rapport, et non dans la lettre, que M. Fiard est accusé (l'Académie passe à l'ordre du jour.)

M. Double : il conviendrait d'écrire à M. Fiard (oh ! oh !) Après quelques mots approbatifs de M. Pariset, il est décidé qu'on écrira à ce médecin, pour lui témoigner les bons sentimens que lui conserve l'Académie.

MM. Macartney, de Dublin, Lesauvage et Chanfepié, correspondans de l'Académie, assistent à la séance. M. Breschet présente, de la part de M. Macartney, un travail *sur la guérison des plaies sans inflammation*. L'inflammation, dit l'auteur, loin d'être nécessaire, est nuisible à la cicatrisation. Pour prévenir l'inflammation des plaies, il faut tenir la partie immobile, la préserver des frottemens, compressions, etc.; la tenir dans une position élevée, et appliquer pour tout topique l'eau pure, froide ou en vapeur, au moyen d'un appareil que décrit l'auteur. On peut la recouvrir de charpie imbibée d'eau, et l'envelopper dans une toile imperméable. (Envoi au Comité de publication.)

M. Ségalas demande que le travail de M. Souberbielle, relatif à la taille, sur lequel M. Sanson a fait un rapport dans la dernière séance, soit envoyé au Comité de publication, vu le nombre et l'importance des faits qu'il contient. M. Sanson répond que l'intention de l'auteur est de le publier lui-même. L'Académie, d'ailleurs, ne pouvant revenir sur sa première décision, passe à l'ordre du jour.

M. Velpeau demande la parole pour une communication. M. Roux la demande également pour une communication adressée par un praticien de province. Une longue discussion s'engage sur les dispositions réglementaires à cet égard; l'Académie passe à l'ordre du jour qui est la continuation des rapports.

M. Girardin fait un rapport sur une pétition de M. Maisonnabe, communiquée par le ministre à l'Académie, et dans laquelle cet orthopédiste demande que le gouvernement lui donne des pensionnaires rachitiques, scrophuleux, etc. La commission donne complaisamment des conclusions favorables. De la longue discussion qui suit ce rapport, il résulte que les conclusions ne peuvent être admises vu : 1° qu'il ne s'agit que d'un établissement en projet; 2° que l'auteur ne donne pas le détail de ses procédés curatifs; 3° que les rachitiques et scrophuleux sont traités gratis dans les hôpitaux, auxquels sont attachés des médecins orthopédistes; 4° qu'il existe déjà de beaux et utiles établissemens qui mériteraient mieux les subventions que réclame M. Maisonnabe, etc. Qu'en conséquence, l'Académie ne peut se prêter à favoriser l'institution à son égard d'un privilège qui rui-

nerait infailliblement des concurrens non moins dignes d'intérêt. Néanmoins, vu la gravité du sujet, l'Académie renvoie la suite de la discussion à la prochaine séance.

M. Velpeau a la parole pour sa communication : il s'agit de descentes de matrice, traitées par l'excision des parois du vagin, opération dont l'idée paraît appartenir à M. Girardin (frère de l'académicien), et qui a été pratiquée avec succès en Angleterre par MM. Marschal Hall, Irving, Ireland, et en France par M. Bérard jeune et par lui-même. Il existe à la Charité une femme opérée depuis deux mois, au moyen de l'ablation d'un lambeau de vagin, long de deux pouces et large d'un pouce et demi ; elle est très-bien guérie.

M. Bérard (jeune) présente : 1° une vieille femme guérie de prolapsus de la matrice par le procédé que vient de décrire M. Velpeau.

2° Une femme qui a subi l'ablation d'un cancer de la lèvre supérieure, lèvre refaite aux dépens des tégumens des joues.

3° Une femme qui, étant affectée de névralgie de la branche sous-orbitaire de la cinquième paire, avait épuisé tous les remèdes, et souffrait des douleurs tellement intolérables, qu'elle était résolue de se donner la mort. Un médecin avait cru faire la section du nerf, mais sans succès. M. Bérard mit le trou sous-orbitaire à découvert, au moyen de deux incisions en T., et divisa exactement le nerf qu'il excisa de trois à quatre lignes. Depuis lors, non seulement plus de douleurs, mais la joue et la lèvre de ce côté sont tellement insensibles, que M. Bérard les traverse avec une grosse épingle, sans que la malade en ait la moindre sensation. Ce cas prouve sans réplique que le nerf de la cinquième paire est incontestablement affecté à la sensibilité. Il est à noter que la bouche est droite, et que les contractions musculaires de ce côté de la face s'opèrent normalement.

Séance du 18 août.

Une lettre de M. Robert, de Marseille, annonce la décroissance du choléra sous le rapport du nombre, non sous celui de l'intensité. Le docteur Boyer, envoyé à Marseille par le Ministre du Commerce, vient de succomber, victime de son zèle, à une attaque de choléra foudroyant.

L'ordre du jour est la suite de la discussion relative à la pétition de M. Maisonabe. Ce médecin écrit pour spécifier l'objet de sa demande : il désire que le gouvernement lui confie les enfans qui, susceptibles d'entrer boursiers dans les colléges, ne peuvent y être admis à cause de leurs infirmités, et se trouvent, par cette disgrâce, privés du bénéfice de leur position.

MM. Maingault, Londe, Double et Desgenettes prennent la parole contre les conclusions favorables de la commission, se basant principalement sur ce que ce serait créer un privilége en faveur de l'auteur de la pétition.

MM. Baffos et Cornac font ressortir le côté philantropique de cette institution.

Après de longs débats, la discussion est close et l'Académie décide qu'il sera simplement accusé réception, en remerciant le ministre de sa communication.

M. Lodibert fait un rapport sur une fécule alimentaire.

Séance du 25 août.

Chûte de matrice. — Aliénés à Alger.

M. Girardin (Romain) écrit à l'Académie pour lui rappeler qu'en 1822 il avait proposé de guérir les descentes de matrice au moyen de l'excision du vagin, procédé qui depuis a été appliqué avec succès par des chirurgiens anglais et français. Sa réclamation a pour but de revendiquer en faveur de la France la priorité de cette opération.

M. Laugier écrit qu'il a employé avec succès la cautérisation du vagin, au moyen du fer rouge, pour obvier aux descentes de matrice. Il plaide en faveur de l'innocuité et de l'efficacité de ce moyen, par lequel il vient de guérir tout récemment une femme qui est actuellement encore à l'hôpital Necker.

M. Bonafont, chirurgien militaire, annonce à l'Académie que le choléra vient de faire irruption à Alger.

M. Robert, de Marseille, annonce que le choléra de cette ville continue à décroître.

M. le Président, considérant que le gouvernement se propose de s'occuper prochainement du projet de réorganisation de la médecine, prie l'Académie de se joindre à lui pour prier la commission dont M. Double est rapporteur, de hâter la terminaison de son travail.

M. Esquirol demande un tour de faveur pour donner lecture d'une note du docteur Pouzin sur la manière dont les aliénés sont traités en Afrique. (Après discussion, l'Académie accorde.) M. Pouzin rapporte qu'il existe à Alger un établissement pour les aliénés. Là ces malheureux sont enchaînés, plongés dans l'obscurité, réduits au pain et à l'eau et privés de tout secours médical. Du reste, ajoute-t-il, *ils sont traités avec ménagement.* Il raconte l'histoire d'un fou qui est très en vénération, et qui passe même pour un saint à Alger. (Cette histoire occasione des rumeurs dans l'Académie.) Les femmes aliénées ne sont reçues nulle part : on laisse circuler les folles idigentes et inoffensives; les autres sont gardées par les familles.

L'Académie accepte la proposition de M. Bonnafont, de correspondre avec elle ; on lui écrira pour le remercier et l'engager à tenir l'Académie au courant des progrès du choléra en Afrique.

M. Collineau fait un rapport sur un mémoire de M. Peronneaux, relatif à la cautérisation de l'angine aiguë, au moyen du nitrate d'argent.

M. Villeneuve fait un rapport au nom de la commission nommée pour s'opposer aux manœuvres des charlatans qui s'autorisent mensongèrement, dans les journaux, de l'approbation de l'Académie.

Une longue et futile discussion s'engage à ce sujet ; la continuation est renvoyée à la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Fracture de la mâchoire inférieure. — Entorse musculaire de l'avant-bras.

Séance du 6 *mars* 1835.

Fracture de la mâchoire. — M. Forget a la parole pour un rapport sur une observation de fracture de la mâchoire inférieure, présentée à la société par M. Gérard, membre correspondant. Dans cette observation il s'agit d'un homme qui, dans une rixe, reçut des coups qui lui firent perdre connaissance, et d'où résulta une fracture du côté gauche du maxillaire inférieur. M. Gérard reconnut une solution de continuité oblique d'avant en arrière, s'étendant de l'intervalle des deux dernières molaires à six lignes en avant de l'angle postérieur de l'os, dans l'espace compris entre les deux muscles masseter et ptérygoïdien interne. Pour maintenir les fragmens en rapport, M. Gérard s'est servi d'une mentonnière lacée sur le sinciput. La guérison a eu lieu sans accident. Cette fracture, qui n'affectait qu'un côté de la mâchoire, occupait en outre le point le moins favorable au déplacement, celui compris entre deux muscles puissans; la vive douleur qui l'accompagnait s'explique par la lésion et le tiraillement du nerf dentaire inférieur. M. Forget se fait cette question : l'appareil de M. Gérard est-il préférable à celui communément usité, et qui consiste en une espèce de fronde, dont deux chefs vont s'attacher au sinciput et deux autres à l'occiput? Il ne le pense pas, et, de plus, la mentonnière lacée constitue un bandage travaillé, nécessitant des œillets, un lacet, tandis que de simples compresses et des épingles font tous les frais du bandage ordinaire; du reste, peu importe l'appareil : l'expérience a démontré que les fractures de mâchoire, même doubles, guérissent, quoique abandonnées à elles-mêmes. Il en résulte bien sans doute quelquefois des difformités ou même de fausses articulations, qui, chose étonnante, ne gênent pas extrêmement la mastication.

Pendant quarante jours qu'a duré le traitement, le blessé s'est nourri d'alimens liquides qu'il prenait par succion, ce qui détruit les difficultés que se sont créées quelques auteurs relativement aux moyens de nourrir les malades. Dans les cas où la succion ne saurait être opérée, la sonde œsophagienne introduite par les narines, ou mieux le bec de biberon passé derrière la dernière molaire, en cas d'intégrité des arcades dentaires, y suppléeraient très-bien. Quarante jours d'immobilité sont trop peut-être, et le précepte général est de commencer à faire mouvoir la mâchoire après le vingt-cinquième jour, pour éviter la fausse ankilose.

M. Chailly dit qu'il a plusieurs fois eu occasion, dans des cas où il fallait conserver l'immobilité de la mâchoire, d'introduire les liquides entre la joue et les dents, et que, de la sorte, ils pénètrent toujours sans difficulté. Il est constant, ajoute M. Duval, que, dans le trismus de la mâchoire, il y a impossibilité d'introduire les liquides autrement que par les intervalles qui existent entre les dents. Relativement à la fracture du maxillaire inférieur qui ne se consolide pas, il cite le fait d'un soldat russe, qui, pour faciliter la mastication, était obligé de tenir sa mâchoire avec ses mains; il s'était formé chez cet individu une fausse articulation en avant du masseter.

Entorse musculaire de l'avant-bras. — M. Maingault a la parole pour une communication relative à une affection de la région radiale de l'avant-bras, affection qui est presque toujours le résultat de la torsion de cette partie. Dans la séance de la société médicale d'émulation du 4 de ce mois, dit ce médecin, M. Velpeau a fait connaître un fait qu'il a observé et qui n'a été indiqué en quelque sorte par personne; M. Boyer paraît être le seul auteur qui en ait parlé. Cette communication a rappelé à M. Maingault plusieurs faits du même genre dont il a été témoin, et qui lui ont suggéré des réflexions intéressantes pour la science. Se renfermant ensuite dans des considérations générales, il indique la disposition anatomique des organes qui deviennent le siége de cette affection; ces organes sont, d'une part : 1° les tendons du grand abducteur du pouce ou cubito-sus-métacarpien, du grand extenseur ou cubito-sus-phalangétien, le court extenseur ou cubito-sus-phalangien; 2° de l'autre, la portion du ligament annulaire qui concourt à former les coulisses dans lesquelles passent les tendons de ces muscles; 3° enfin, la synoviale qui tapisse les coulisse parcourues par ces mêmes tendons. Ces principes posés, M. Maingault indique le mécanisme par lequel la maladie s'opère, le genre de profession qui y est le plus exposé, enfin, il énumère les signes et les symptômes à l'aide desquels on la reconnaît. Il parle du traitement simple qu'il a employé toujours avec succès, et qui consiste dans le repos et l'application d'un bandage roulé; à l'aide de ce moyen, la guérison ne se fait pas long-temps attendre. Revenant ensuite sur le véritable siége de la maladie, il se demande si l'irritation, l'inflammation qui surviennent affectent isolément, ou les tendons des muscles désignés plus haut, ou la synoviale qui en tapisse les coulisses, ou les fibres aponévrotiques qui forment l'enveloppe de ces coulisses, ou enfin si ces divers tissus sont enflammés tous en même temps. A cet égard, M. Maingault ne se prononce pas, et il avoue avec M. Velpeau qu'il faudrait qu'une mort accidentelle vînt confirmer les conjectures que chacun peut faire sur cette affection. M. Prus ne partage pas l'avis de M. Maingault, et il considère la lésion dont celui-ci vient de parler comme généralement fort grave, surtout chez les fouleurs, qui sont particulièrement exposés à cette torsion des avant-bras. Plusieurs fois, en pareil cas, M. Prus a vu échouer les divers moyens qui avaient été conseillés.

M. Chailly ajoute aux symptômes qui caractérisent cette maladie un sentiment de crépitation qui simule souvent une fracture de la partie.

M. Maingault remarque que les divers signes indiqués par M. Chailly existent en effet presque toujours; quant à la guérison que M. Prus n'a pas obtenue, il ne s'en rend pas compte; dans les cas qu'il a cités, le bandage roulé lui a constamment réussi, et en moins de temps qu'à M. Velpeau, qui le laisse appliqué pendant trente jours. M. Deville pense, comme M. Prus, que l'affection dont la société s'occupe est en effet souvent fort grave, et il cite à l'appui de son opinion une observation qui n'est pas sans analogie avec les divers cas rapportés par M. Maingault. Une jeune fille, passant, il y

a environ un an, dans la rue de la Verrerie, fut effrayée par un chien qui paraissait venir à elle en courant. La personne qui la tenait par la main, craignant qu'elle ne fut heurtée par le chien, la tira brusquement à elle, et lui fit éprouver une sorte de torsion de la partie inférieure des muscles qui entourent l'avant-bras; il se manifesta sur-le-champ une douleur assez vive; cependant, ce ne fut qu'après plusieurs jours qu'on s'aperçut d'une tumeur, peu considérable d'abord, mais qui petit à petit augmenta et devint sensible au toucher. Cette tumeur était située à la partie inférieure externe du radius. Des applications émollientes, des sangsues, plus tard des emplâtres fondans, furent successivement employés sans succès; un bandage roulé et une compression progressive furent également impuissans; enfin, après plusieurs mois de traitement, la tumeur principale parut se dissiper, mais il se forma aux deux régions externe de interne de l'avant-bras deux abcès qui se sont ouverts, et qui, aujourd'hui encore, fournissent une suppuration assez abondante. Sans doute, continua M. Deville, on peut penser qu'il est survenu une carie de l'os radius, carie que l'on peut attribuer à une prédisposition de nature scrophuleuse; mais toujours est-il que l'origine et les symptômes de cette lésion ont quelque ressemblance avec les observations citées par M. Maingault.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 9. — SEPTEMBRE 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

De l'ab irritation, Mémoire mentionné honorablement au concours de 1830, sur la question suivante, proposée par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles : *En quoi consiste l'ab-irritation? quelles sont les maladies qui peuvent en résulter? déterminer leurs causes, leurs symptômes, et leur traitement.*

Par E. Thirion, docteur en médecine, chirurgien et accoucheur, etc., à Namur.

(Suite.)

SUB-EXCITATIONS NUTRITIVES.

Sur les agens de la nutrition, etc.— La nutrition se fait partout où le solide vivant existe; l'action de celui-ci la dirige, mais elle est indispensablement secondée par les affinités de la chimie vivante (M. Broussais) ou par une *force d'affinité vitale* (Rullier). Cette fonction importante est composée de deux mouvemens, l'un de composition (assimilation), l'autre de décomposition (désassimilation) : ce dernier nous venons de l'examiner presqu'en entier, dans notre 3e division, par rapport à la sub-excitation lymphatique.

Quels sont les instrumens de cette fonction? L'opinion de *Bichat* est à peu près la seule qui subsiste aujourd'hui : d'après lui, deux ordres de capillaires en sont chargés, des exhalans et des absorbans; nous adoptons aussi la pensée de ce grand homme, et déjà antérieurement nous avons fait valoir nos raisons en faveur d'une grande capillarité du solide vivant, où s'exécutent plusieurs fonctions importantes; mais nous avons ajouté à la force tonique et à la sensibilité organique de *Bichat,* une force *d'affinités vitales;* sans intention de personnifier cette *force*, nous la rencontrons, et par le raisonnement et par les résultats, dans tous les lieux de l'économie, puisque partout on y remarque des fonctions où son intervention est indispensable; par les mêmes motifs nous l'observons variable dans les différens tissus; et partout où il existe des conditions d'organisation que nous avons surabondamment appréciée au commencement de ce travail.

Il est sans doute inutile de revenir sur les considérations, à l'aide desquelles nous avons établi que toutes les maladies doivent être rapportées à un excès ou à une diminution de l'*action* organique, eu égard aux différens tissus et au mode de vitalité de chacun d'eux. Il se-

rait également superflus de répéter que chacune de ces modifications organiques est susceptible de nombreux degrés, etc. Les faits d'irritation hypertrophique qui enrichissent la science joints à ceux d'ab-irritation atrophique que nous allons examiner, sont là pour confirmer ce point de doctrine.

Mais afin de s'engager avec sûreté dans cette route nouvelle, et pour ne pas reproduire une foule de considérations générales établies au commencement de ce travail et applicables à tous les tissus de l'économie, il faut se remémorer tout ce que nous avons dit sur l'espèce d'indépendance des tissus ou systèmes d'organes. C'est ici en effet que cette indépendance se montre plus sensible, puisque les phénomènes d'irritation ou d'ab-irritation nutritives se manifestent dans diverses régions de l'économie sans y faire participer, *de la même manière*, les tissus voisins. C'est ainsi que l'hypertrophie vasculaire se développe à côté des nerfs, etc., sans que ceux-ci prennent la même forme. Il en est de même pour l'atrophie. La matière vivante qui exécute la nutrition réclame pour cette fin l'assistance de ses auxiliaires, mais ceux-ci ne sauraient faire la besogne de celle-là. L'action morbide d'un tissu passe difficilement dans celui qui n'est pas organisé comme lui.

Particularités inhérentes à la sub-excitation nutritive. — Dès que la sub-excitation a remplacé l'action normale dans les agens de la nutrition, le mouvement d'assimilation tombe et l'amaigrissement en est le résultat, si celui de décomposition continue : alors on observe l'atrophie, mais dans tous les cas, diminution de chaleur, de densité et d'irritabilité.

Mais lorsque l'ab-irritation existe à la fois dans les instrumens d'assimilation et de désassimilation, le solide vivant trop peu renouvelé perd de plus en plus sa densité, son irritabilité et sa force de résistance, de sorte qu'ainsi appauvri, le moindre souffle irritant use bientôt sa faible vie et amène la mort. C'est ainsi que je m'explique la formation de certaines escarres chez des sujets débilités par des maladies longues et aiguës; de même la gangrène dite senile. Dans le système osseux cette atrophie y est parfois singulière. On lit dans *Béclard* (1) qu'il existe dans le museum de la faculté de Paris, des os longs de jeune homme, dont les parois du canal médullaire ont une ténuité papyracée. Ce canal s'est agrandi par absorption intérieure, tandis qu'aucune formation n'a eu lieu à l'extérieur.

On rapporte le scorbut à l'ab-irritation nutritive. — Le *scorbut* est le phénomène le plus frappant de l'existence de la sub-excitation dans les agens de l'assimilation. Le dire un état particulier des solides et des fluides produit par une assimilation imparfaite (2), c'est, ce me semble, prendre l'effet pour la cause : l'assimilation imparfaite est le résultat de l'état particulier des solides; nous disons de leur sub-excitation. L'expliquer par l'affaiblissement radical de la *force* de composition vitale (3), c'est, me semble-t-il, faire de l'ontologie. Un physiologiste ne peut et ne doit connaître que l'*action* organique que nous avons si souvent appréciée dans ce travail. Dès que les faits lui disent que ce phénomène est à l'extrémité de la portée de ses sens, et qu'aussitôt que cette *action* est modifiée, les *forces* de composition, les *affinités vitales*, etc., le sont également; il faut bien, ce me semble, se borner à l'acte connu et inhérent à la matière vivante, au lieu de faire agir un instrument idéal. Les mots *force vitale*, etc., doivent être rejetés du langage sévère de la médecine physiologique où il ne faut les employer que comme des formules auxquelles on s'empresse de donner un sens (M. Broussais). La sub-excitation nutritive est, à mon avis, la plus propre à établir l'espèce d'indépendance dont nous avons souvent parlé, entre les différens tissus. Après la mort occasionée par le scorbut, *Lind* a toujours trouvé le cerveau et les nerfs en bon état. L'imperfection où se trouvait alors l'anatomie pathologique, autorise une certaine défiance sur l'exactitude de ses observations. Mais si cet auteur n'a pas toujours évité l'erreur, il a parfois rencontré la vérité. La matière nerveuse peut rester étrangère à l'affection de la matière qui

(1) *Anatomie générale*, pag. 489.
(2) M. Broussais, *Commentaire*, pages 608 et 609.
(3) *Ibid.*

dirige la nutrition. M. Broussais admet cette proposition pour les scorbuts uniquement occasionés par les mauvais alimens; tandis que dans ceux déterminés par un air humide, sombre, miasmatique et par la tristesse, la matière nerveuse est affectée parce que c'est sur elle que portent les premiers effets de ces causes (1). Mais de ce que la substance nerveuse reçoit la première impression d'un agent quelconque, en résulte-t-il que la modification morbide doit y demeurer fixée? l'affection d'un tissu ne peut-elle pas passer dans un autre et abandonner complètement le premier? on ne peut que répondre affirmativement à cette dernière question.

Il est encore une autre erreur dépendante de la manière d'apprécier le mode d'action morbide par la nature de l'agent provocateur. Celui-ci, dit-on, lorsqu'il est stimulant, produit l'irritation ou l'inflammation; or, l'état pathologique, que vous observez postérieurement à l'action de semblables causes, est un mode d'irritation. Cette méthode est certainement vicieuse; nous en avons administré les preuves en traitant de l'ab-irritation *consécutive* à l'irritation ou à l'inflammation. L'application de cette vérité peut être faite au scorbut; celui-ci est fréquemment provoqué par une phlegmasie longue et étendue, particulièrement celle de la muqueuse gastro-intestinale : plusieurs fois j'ai rencontré l'occasion de faire cette dernière remarque.

On pense que la sub-excitation nutritive est la cause fondamentale du rachitis. — Et le *rachitis*, qu'est-il, sinon un état pathologique produit par l'ab-irritation des capillaires assimilateurs? oh! dira-t-on, vous visez au renversement des idées modernes; le *rachitis* comme les scrophules sont des effets de la sub-inflammation, M. Broussais l'a dit : car il ne conviendrait pas, ce me semble, de dire qu'il l'a prouvé. MM. *Roche* et *Sanson* (2) sont moins hardis, ils déclarent que dans l'état actuel de la science, il est difficile de résoudre cette question. Permettons-nous d'exposer aussi notre pensée sur ce point de physiologie pathologique. Le but principal de la nutrition dans le système osseux est la formation et l'assimilation du phosphate calcaire, etc.; dans le système musculaire c'est la fibrine, etc. Ce mode de nutrition est aussi sous la dépendance de l'*action* du solide qui en est chargé : rappelez-vous, du reste, toutes les considérations que nous avons fait valoir dans cette division.

Il n'existe aucun rapport entre le rachitis et la formation du cal. — Le rachitisme doit-il être rapporté à l'irritation ou à l'ab-irritation? M. Broussais soutient qu'il dépend de l'irritation (3) (sub-inflammation). Il se fonde principalement sur une ressemblance qu'il prétend reconnaître entre le ramollissement rachitique et la formation du cal après les fractures (4). L'identité est-elle parfaite? dans la formation du cal, les actions vitales sont évidemment exaltées; l'inflammation *adhésive* de *Hunter* préside à la formation du *cal provisoire* (Dupuytren) et du *définitif*. C'est à ce seul phénomène d'exaltation que l'on doit rapporter la sécrétion de la lymphe plastique ainsi que son organisation; nutrition anormale *exubérante* qui remplace celle qui donnait à l'os son organisation physiologique. C'est aussi à cette même modification de l'action organique qu'il faut attribuer la résorption de l'excédant de la lymphe plastique qui n'a pas été organisée. Mais dès que cette scène d'irritation s'est calmée, les nutritifs anciens comme ceux de nouvelle formation, reprennent leur rhythme normal, *moins violent que le précédent*, et l'ossification s'opère.

Dans le rachitisme pur on n'observe aucune turgescence active, point de production nouvelle : signe d'une exaltation d'action dans les nutritifs. La combinaison du phosphate calcaire avec la gélatine des os *n'est pas assez forte* (5). Le défaut de cohésion, le ramollissement et l'engorgement passif, gélatineux, font aussi partie des caractères du rachitis. Si on examine les os des rachitiques à l'époque où ils sont mous, on voit que les os longs, sont

(1) *Commentaires*, pag. 611.
(2) *Élémens de pathologie*, t. 2, p. 149.
(3) *Commentaires*, page 419.
(4) *Ibid.*, p. 423.
(5) *Ibid.*

devenus spongieux dans toute leur épaisseur, et que leur tissu, ramolli et rouge, peut être aisément entamé avec le scalpel (1). Voilà déjà des caractères distinctifs propres à éloigner la ressemblance que l'on a voulu établir entre la formation du cal et le rachitisme. Maintenant faisons aussi usage *des causes* du rachitis, et comparons de nouveau.

Ces causes sont l'absence de la lumière et celle du grand air; la présence continuelle d'une eau surabondante dans l'atmosphère; enfin des alimens insuffisans sous le rapport de la quantité ou trop exclusivement végétaux (2) : ces causes sont évidemment les mêmes que celles du scorbut. Et tandis que vous considérez celui-ci comme étant un affaiblissement radical de la *force* de composition (3), vous faites dépendre le rachitis de la sub-inflammation. Et ces causes sont-elles les mêmes que celles qui président à la formation du cal? les faits s'opposent à une réponse affirmative. Et l'anatomie pathologique ne confirme-t-elle pas encore le rapprochement que nous venons de faire entre le rachitis et le scorbut? dans celui-ci les os sont infiltrés de sang et présentent une fragilité extrême (4). Le cal des anciennes fractures se ramollit; les fractures actuellement existantes ne se consolident pas (5). Cette dernière particularité, jointe à la ressemblance que nous avons établie entre le scorbut et le rachitis, porte, ce me semble, le dernier coup à la doctrine de ceux qui prétendent que cette affection (le rachitis) dépend de la sub-inflammation; et qui pour le prouver, le compare à la formation du cal. Mais tout en examinant les choses telles qu'elles sont, il ne faut pas que l'on s'imagine que nous avons eu l'intention de prétendre que l'inflammation ou l'irritation ne peuvent jamais précéder l'ab-irritation nutritive qui donne lieu au rachitis.....

Nous avons admis comme possible ce phénomène précurseur pour le scorbut; nous l'admettons aussi pour le rachitis. L'irritation et l'ab-irritation des vaisseaux nutritifs peuvent être tellement exagérées que la cessation complète de la fonction en soit le résultat. Cette particularité pathologique se passe plus fréquemment dans une portion très-petite d'un tissu, alors si, comme nous l'avons dit précédemment, l'absorption décomposante continue, un ulcère s'établit; au contraire si cette absorption est muette, l'escarre a lieu. Toute autre théorie de ces deux phénomènes morbides nous échappe.

La comparaison que j'ai faite entre les *causes* du scorbut et celles du rachitis, je pourrais également la faire par rapport au traitement.....

La sub-excitation nutritive peut se montrer partout, mais il est certains tissus dans lesquels on ne l'a pas encore rencontrée.....

Exemples d'atrophies. — Le système nerveux en a fréquemment offert des exemples. L'atrophie de l'un ou des deux hémisphères cérébraux a été souvent observée et considérée comme cause d'*idiotie* et d'*imbécillité*. Tantôt une seule portion cérébrale en était le siége. Les circonvolutions de la substance grise ont paru effacées chez certains sujets. Chez d'autres l'atrophie se montrait dans d'autres portions, et selon que celles-ci appartenaient par leurs fonctions à tel ou tel autre organe; ces derniers offraient la même anomalie nutritive : au commencement de ce travail j'en ai rapporté plusieurs exemples; mais la plus commune de ces atrophies consécutives, c'est celle des membres. Je connais une fille, maintenant âgée de 19 ans, chez laquelle le système sanguin est assez prédominant; elle est parfaitement réglée. Le membre inférieur gauche en entier présente une atrophie remarquable. Les muscles fessiers sont très-peu développés. Tout le reste du membre a conservé la longueur qu'il avait à 9 ans, mais ce n'en est plus que le squelette recouvert par une peau fine et marbrée. On observe encore à la jambe quelques traces très-légères de tendons. Ce membre ainsi atrophié et arrêté dans son développement, conserve sa sensibilité. Il est toujours très-froid, et toutes les pièces osseuses qui le composent sont comme ankylosées.

Il faut nécessairement faire la part d'utilité et d'influence des différens tissus qui entrent

(1) Béclard, *Anatomie générale*, p. 490.
(2) M. Broussais, *Commentaire*, p. 424.
(3) *Ibid.*, p. 609.
(4) *Dict. de médecine*, t. 19, p. 176.
(5) *Roche et Sanson*, t. 4, p. 358.

dans la composition des organes, afin de bien apprécier l'atrophie dans ceux-ci : c'est ce que nous avons fait de notre mieux dans les divisions précédentes, où il faut retourner pour avoir une espèce de complément à ce chapitre.

L'atrophie du cordon rachidien coïncidemment avec celle des membres n'est pas extrêmement rare. Celle de l'œil doit toujours dépendre de l'ab-irritation des exhalans de ses humeurs. Les villosités des procès ciliaires de la choroïde semblent être chargés de ces exhalations, tandis que celles du corps vitré absorberaient les humeurs qui servent à la nutrition de corps vitrés et du cristallin (1). Mais ces différens agens de la nutrition des diverses parties de l'œil peuvent être ab-irrités partiellement : c'est ainsi que s'explique l'atrophie du cristallin seulement; aussi son opacité dans beaucoup de circonstances, l'ab-irritation des artères et des nerfs de cet organe, nous a occupé dans les divisions précédentes.

La sub-excitation dans le tissu cellulaire n'est pas rare. Il se montre alors mou et friable. Il ne faut pas confondre cette espèce d'atrophie avec l'amaigrissement. Celui-ci dépend généralement d'une absorption trop rapide de la graisse. La seule disparition de celle-ci prouve l'existence de la sub-excitation des absorbans. On ne peut donc pas, à l'imitation de M. *Landré-Beauvais* (2), considérer comme essentielle cette espèce d'atrophie, et ajouter qu'elle ne dépend d'*aucune maladie connue*. Une atrophie très-étendue de plusieurs tissus de l'économie, se montre parfois dépendante d'une ab-irritation du cerveau amenée par la trop forte excitation d'une portion de cet organe. On lit dans la *Nosologie*, de M. *Alibert*, une observation publiée par M. *Hallé*, sous le titre d'*Atrophie idiopathique*, dans laquelle on voit une jeune fille s'éteindre progressivement sans cause connue, sans dérangemens sensibles dans les fonctions organiques, mais avec un affaiblissement remarquable des mouvemens volontaires, des sens qui étaient engourdis, et de la langue qui était muette « la section du cada-
» vre ne fit voir que des viscères singulièrement rapétissés et absolument dépourvus de la
» graisse qui les environne. On n'aperçut aucune trace de vaisseaux lactés dans les intestins.
» On distingua seulement dans le pli des aines quelques rameaux desséchés de vaisseaux lym-
» phatiques, dont la cavité était totalement oblitérée. » Le docteur *Alibert* ajoute : « L'atro-
» phie idiopathique est presque toujours le résultat d'une cause morale. C'est communément
» la jalousie qui la produit (3). J'ai vu un enfant de l'hôpital Saint-Louis, qui s'est progres-
» sivement desséché, parce qu'il enviait tous les soins que les religieuses prodiguaient en
» même temps aux autres enfans de son âge. Il me souvient pareillement d'avoir été consulté
» pour un petit enfant de huit ans qui était tombé dans le marasme, parce qu'il voyait con-
» tinuellement un essaim de jeunes gens faire une cour assidue à sa mère qui était d'une
» grande beauté. »

L'ab-irritation nutritive se montre aussi dans les organes des deux autres cavités splanchniques. Nous possédons des exemples nombreux d'atrophie du cœur; la plupart sont dus à *Laënnec* et à MM. *Bertin* et *Bouillaud*. Les poumons en sont plus rarement le siége. J'ai vu une fois le gauche réduit au volume d'un œuf d'oie. L'absorption s'était emparée de plusieurs de ses parties constituantes; il était converti en une substance spongieuse, molle; cette atrophie était consécutive à l'inflammation.

Enfin l'atrophie, soit qu'elle ait dépendu de l'ab-irritation des vaisseaux nutritifs seulement; ou bien que cette sub-excitation ait été le résultat d'un obstacle à la circulation du sang dans les artères qui sont exclusivement chargées de faire marcher ce liquide; l'atrophie, dis-je, a envahi le foie, la rate, les reins, les ovaires, l'utérus, les organes de la digestion, les testicules, etc. Tantôt cette affection n'occupait qu'une partie de l'un de ces organes, d'autres fois la totalité; quelquefois un seul de ceux qui sont paires. Le corps thyroïde, la parotide et le pancréas en ont aussi offert des exemples. Par rapport à l'atrophie du foie je l'ai plusieurs fois rencontrée avec l'ascite; et toujours avec une cacochymie profonde, mar-

(1) F. Ribes, *Dictionn. des sciences médicales*, t. 45, p. 314.

(2) *Dictionnaire de médecine*, article *Amaigrissement*.

(3) Voilà, à mon avis, la preuve d'une sub-excitation dans une ou deux portions du cerveau d'où dépend l'ab-irritation des autres, et par suite diminution des phénomènes d'innervation, et sub-excitation nutritive. (Voyez le système de Gall.)

quée sur la peau par une couleur plombée et une espèce d'infiltration : ces dernières particularités avaient devancé l'hydropisie de l'abdomen. *Stock* vit la masse de cet organe réduite à la grosseur du poing au plus; *Riolan* à celle d'un rein (1).

Finalement la sub-excitation nutritive peut aussi se montrer dans les bulbes des cheveux (d'où l'alopécie), ainsi que dans tous les tissus de l'économie, puisque cette modification de l'action vitale est partout possible. La science est déjà riche de faits sur ce point de pathologie, mais il reste encore beaucoup à glaner ; et si les investigateurs continuent à *voir ce qui est*, au lieu de trouver ce qu'ils veulent, les richesses physiologico-pathologiques augmenteront rapidement.

Le défaut de trop généraliser, a dit *Bichat*, a peut-être plus nui à la science que celui de ne voir chaque phénomène qu'isolément.

SUB-EXCITATIONS SÉCRÉTOIRES.

Sur les agens de cette fonction. — Il est encore assez difficile, dit Béclard (2), et peut-être impossible d'établir une ligne de démarcation bien tranchée entre les follicules ou cryptes et les glandes.

L'opinion de cet anatomiste distingué est la nôtre, chercher la ligne de démarcation dont il parle serait perdre son temps. Il suffit de savoir que toute portion de matière animale *pourvue de conduits excréteurs* destinés à verser sur une surface un liquide qu'elle a fabriqué par son action, est un organe sécréteur : les expériences de M. *Brachet* sur l'artère rénale citées plus haut, sont faites pour corroborer cette définition : nous allons y revenir.

Il serait sans doute superflu de répéter ici ce que nous avons exposé antérieurement par rapport à l'existence d'un ordre particulier de capillaires destinés à l'exécution des fonctions de sécrétions. Il serait également fastidieux de reproduire une foule de considérations applicables à tous les agens de fonctions. Nous devons donc aborder d'emblée la question de l'abirritation dans ces instrumens de fonction, et indiquer aussi les maladies qui peuvent en résulter.

J'ai suffisamment développé le rôle que jouent les systèmes nerveux dans l'exécution des fonctions. Ces considérations sont applicables aux organes sécréteurs; à ce sujet j'ai mentionné une expérience intéressante faite par M. *Brachet* sur les reins (3), laquelle a été destinée à prouver que la sécrétion urinaire est sous la dépendance immédiate des nerfs ganglionaires. Mais j'ai aussi transcri un passage qui prouve que cet auteur attribue la fonction sécrétoire à une autre portion de matière organique. On lit encore (p. 283) que les nerfs portent dans les glandes le mode d'innervation nécessaire pour qu'elles remplissent leurs fonctions suivant leur système normal et particulier. Cette dernière manière de voir est aussi la nôtre, nous nous sommes expliqué sur ce point ainsi que sur une espèce d'indépendance entre les différens tissus d'organes. Mais maintenant je dois revenir sur les opinions et expériences de cet habile vivisecteur.

On combat une sécrétion passive admise par M Brachet. — D'après M. *Brachet*, toutes les sécrétions sont sous l'influence directe du système nerveux ganglionaire (page 281); il en est de même des exhalations (pag. 283) Par rapport à ce dernier point, il cite la transpiration d'un membre *paralysé;* le même phénomène observé après la mort; alors aussi la pousse de la barbe, des ongles, etc. Enfin il signale un fait remarquable de transpiration après la mort du système nerveux cérébro-spinal; fait rapporté par M. Speranza, médecin à Parme, et dont M. *Fonteneille* a entretenu l'Académie royale le 5 août 1828. On ne saurait lire le narré des expériences de M. Brachet, sans éprouver un sentiment extrême de satisfaction. On ne sait ce qu'il faut le plus admirer, ou de l'adresse de l'expérimentateur ou de la

(1) G. Ferrus, *Dictionnaire de médecine*, t. 9.
(2) *Anatomie générale*, p. 391.
(3) Voyez ses recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux.

conviction qu'entraînent la plupart de ses expériences. Souvent on retrouve des preuves de cette vérité que l'activité des sécrétions est toujours relative à l'énergie de l'irritabilité des agens sécréteurs. Mais voilà tout à coup M. *Brachet* qui admet une sur-sécrétion de larmes et de chassie, dépendantes de l'atonie des systèmes sécréteurs de la partie (pag. 388). Il prend cette résolution à l'occasion d'expériences dans lesquelles il a pratiqué la section du cordon cervical du grand sympathique, afin de prouver que l'on n'agit alors que sur quelques actes de l'appareil de la vision (les sécrétions lacrymale et muqueuse, ainsi que la circulation capillaire). Après cette expérience, dit-il (pag. 387), l'œil devient larmoyant et chassieux, la conjonctive devient rouge et se boursouffle; dans ce cas, ajoute-t-il (p. 387), il y a atonie des organes chargés de ces fonctions, car si l'excitation serait la cause de ces phénomènes, elle ne pourrait les produire *qu'en déterminant l'inflammation*, ainsi qu'on les observe dans *toutes* les ophthalmies intenses (pag. 387). Voilà sans doute un commencement de confusion. Comment *une sur-sécrétion* dépendante de l'*atonie* des organes qui les exécutent? quoi! l'excitation ne saurait produire ces sur-sécrétions qu'en déterminant l'inflammation? Telle est, ce me semble, un véritable paradoxe, une théorie qui semblerait indiquer que l'auteur n'a pas réfléchi sur l'irritation et l'inflammation par rapport à leur siége, ni sur l'action particulière des différens instrumens de fonctions. Mais il est curieux, avant de prononcer sur cette singulière théorie, de suivre l'auteur dans ses explications postérieures.

Le système nerveux ganglionaire préside aux sécrétions et à la circulation capillaire (p. 389). La section ou la destruction des nerfs ganglionaires d'un organe, *paralyse son action sécrétoire et capillaire* (p. *ibid.*); alors le sang continue à arriver dans les capillaires; il y est poussé par l'action du cœur, il les distend, parce qu'ils ne réagissent plus; de là rougeur et gonflement dans le tissu où la scène se passe (p. *ib.*). Dans l'expérience citée, la sécrétion des larmes et de la mucosité continue, au lieu d'être tarie : *cela dépend de la persévérance de la chaîne nerveuse dans les tuniques de la carotide* (p. *ib.*).— Voilà de nouveau du contradictoire, ou bien je ne comprends pas M. Brachet. C'est parce que le système nerveux ganglionaire se continue dans les *tuniques artérielles*, que la sécrétion des larmes et des mucosités continue; tandis que la circulation capillaire ne se fait que sous l'influence du cœur! Cependant la *chaîne nerveuse* se continue aussi sur les capillaires, et ils sont *passifs* par rapport à la circulation de leur liquide!...

La sécrétion qui a lieu n'est pas une sécrétion d'excitation (p. 390); elle a lieu parce que le sang, presque en stagnation, *fournit* plus de matériaux aux organes sécréteurs, et que, poussé de proche en proche, *il passe* par les glandules plutôt qu'il n'y est appelé, c'est une *sécrétion passive* qui s'opère (p. *ib*). D'après ces dernières explications les liquides des sécrétions ont dû se trouver tous formés dans le sang; et vous venez de lire que ces sécrétions ne se continuaient qu'à la faveur de la chaîne nerveuse qui rampe dans les tuniques artérielles. Vous avez également vu que toutes les sécrétions sont sous l'influence directe du système nerveux ganglionaire (p. 281). A laquelle de ces allégations contradictoires faut-il donner la préférence? Voilà tout ce qui embarrasse. M. Brachet, expérimentateur très-distingué, qui fait en quelque sorte surprendre la nature dans l'exécution de ses actes physiologiques, me semble malheureux lorsqu'il fait l'application de ses belles découvertes à la physiologie pathologique. Il ne faut pas cependant donner trop d'extension au jugement que je porte, il faut toujours laisser le vrai à côté du faux. C'est ainsi, par exemple, que ses expériences relatives aux mouvemens de l'iris, considérés comme dépendans de l'influence nerveuse envoyée par les divisions du ganglion ophthalmique, ont beaucoup plus d'attraits et de vérité. Cependant s'il est vrai que le *constricteur* de la pupille est composé de fibres distinctes (MM. *Maunoir*, et *Sir Evrard Home*), il me semble que la dilatation de cette ouverture de l'iris qui a suivi de près la section des nerfs qui partent du ganglion ophthalmique, laisse une lacune: c'est de savoir le motif pour lequel les fibres du *sphincter* de l'iris ont été seuls paralysés? En effet l'anatomie maintenant d'accord avec la physiologie, nous dit qu'il existe antagonisme d'action entre les fibres radiées et celles du constricteur; que lorsque l'action des premières prédomine sur celles du second la pupille se dilate et *vice versa*. Or, l'expérience de M. *Brachet* n'est pas applicable à ce double mouvement de contraction.

L'ab-irritation sécrétoire idiopathique est plus rare que celle qui est consécutive à l'irritation, à l'inflammation ou à l'excitation normale. — L'ab-irritation sécrétoire idiopathique est plus rare que celle qui dépend de l'irritation de ces agens de fonctions ; plus rare encore que celles qui sont le résultat consécutif de l'irritation d'un autre ordre de sécréteurs ; et par rapport à ce dernier mode de production de la sub-excitation, qui ne sait avec quelle aisance la sub-excitation des exhalans cutanés ab-irrite ceux qui sont chargés de sécrétion urinaire, pulmonaire, etc., et *vice versa?* L'expérience ne démontre-t-elle pas aussi chaque jour l'existence de la sub-excitation des exhalans cutanés, à l'occasion d'une exhalation séreuse, surabondante?

Exemples de sub-excitations sécrétoires. — L'asthénie idiopathique des organes sécréteurs est rare, au point que MM. *Roche* et *Sanson* déclarent que l'*agalaxie* et l'*aspermasie* sont les seules sur lesquelles on possède quelques données. Nous avons été un peu plus heureux : nous connaissons deux sujets qui n'ont jamais sué, même pendant le règne d'inflammations viscérales assez intenses. Nous observons encore actuellement un autre individu porteur d'une ab-irritation idiopathique des sécréteurs de l'urine ; à peine rend-il en 24 heures, deux onces de ce liquide ; cependant chez lui aucun foyer d'irritation, même de sus-excitation, n'existe nulle part, et la transpiration cutanée ne se fait absolument pas ; ces particularités durent depuis plusieurs mois ; le malade en est alarmé, parce qu'il s'imagine à tort *que les eaux lui remontent vers le cœur.* Cependant toutes les fonctions se font bien; l'emploi du stéthoscope n'apprend rien du côté de la poitrine.

J'ai connu un vieillard porteur d'un engorgement variqueux de la conjonctive de l'œil gauche. Jamais les larmes ne lubréfiaient la surface de cet organe : il me le fit souvent observer. Mort dans un hospice de cette ville, je rencontrai ainsi l'occasion d'examiner les parties après la mort. La glande lacrymale était molle et réduite au volume d'un petit pois : elle avait presque conservé sa couleur naturelle. Ses nerfs étaient très-mous à l'endroit de leur entrée dans l'organe, et les artères d'une ténuité extrême. Je ne rencontrai plus aucune trace de canaux excréteurs ; et les conduits lacrymaux privés de leur cavité étaient ligamenteux jusqu'à leur entrée dans le sac : celui-ci était presque complètement oblitéré.

Un homme de 30 ans, d'une constitution lymphatico-sanguin, portait depuis trois mois ce qu'il appelait *une sécheresse de nez.* Consulté pour cette particularité, je trouvai la pituitaire sèche et luisante. Il me raconta qu'il n'avait jamais eu de coryza, que depuis qu'il s'en souvenait son nez avait toujours offert un certain degré de sécheresse ; il ajouta qu'il ne percevait pas les odeurs aussi distinctement que les autres. Je lui conseillai de faire usage du tabac, et cet état ab-normal que je considérai comme une ab-irritation des cryptes muqueux disparut entièrement au bout de 15 à 20 jours. Je dois ajouter que sauf cette anomalie, cet individu jouissait d'une santé parfaite.

Une fille de 25 ans, d'une constitution lymphatique, portait depuis plusieurs années une légère atrophie à l'œil droit (dénomination inexacte, car il n'existe que diminution du volume total de l'œil, et non atrophie des tissus qui le composent). Cette espèce d'indisposition gênait beaucoup la fonction visuelle ; ce qui devait exister, puisque l'œil, instrument d'optique, tient sa fonction de sa forme et de son volume. Consulté sur cette affection ainsi que sur les moyens d'y remédier, je pensai qu'elle dépendait de l'ab-irritation des exhalans, sécréteurs des humeurs de l'œil, et je prescrivis un vésicatoire sur le sourcil (1); ce moyen dont j'expliquerai plus loin la manière d'agir *dans le cas d'ab-irritation,* produisit un changement manifeste ; au bout de deux mois, l'œil avait repris presque entièrement et son volume et ses fonctions. La malade eut l'imprudence de faire guérir la plaie ; des convenances sociales ridicules, prirent la place de cet important exutoire, et l'état anormal se reproduisit. Quelque temps après une pneumonie aiguë enlèva promptement la malade. J'obtins à dessein la permission de voir le cadavre au moment qu'on allait le mettre dans la bière; et je profitai de

(1) Indication fondée sur une communication anatomistique du nerf frontal avec la troisième paire et de celle-ci avec le ganglion ophthalmique. Voyez l'ouvrage de M. Brachet, sur le système nerveux.

l'absence des témoins pour extirper l'œil. De retour chez moi, je l'examinai et trouvai tous les tissus de l'organe dans l'état de santé ; seulement plus épais, parce qu'ils étaient revenus sur eux-mêmes. Tant qu'aux humeurs, elles ne péchaient absolument que par la quantité ; leur transparence était parfaitement conservée. Notez encore qu'aucun signe d'irritation n'avait existé pendant le règne de cette affection, c'est-à-dire, avant la manifestation de la pneumonie.

Un homme de 55 ans, en son temps fort buveur, avait abandonné cette habitude lorsqu'il fut atteint d'une constipation assez opiniâtre. Les matières fécales étaient blanchâtres ; sa constitution s'était améliorée depuis qu'il avait perdu l'habitude de boire des alcooliques avec excès ; voilà tout ce que l'on observait, sinon qu'une sanguinification surabondante chez ce sujet, nécessitait la phlébotomie plusieurs fois chaque année. Après une orgie, il fut frappé d'une appoplexie foudroyante. L'examen du cadavre, outre les particularités relatives à l'hémorrhagie cérébrale, offrit la muqueuse gastro-duodénale peu injectée mais très-épaissie. Le foie était réduit à la moitié de son volume, et les canaux excréteurs de la bile jusqu'au duodénum, y compris la vésicule biliaire, étaient décolorés et presque oblitérés. Le foie ressemblait assez parfaitement par sa couleur à de la chair musculaire. Les artères hépatiques furent injectées, mais elles ne m'offrirent rien d'anormal, non plus que le plexus ganglionaire de cet organe.

Voilà sans doute, un exemple d'ab-irritation des sécréteurs de la bile ; peut-être qu'elle a dépendu de la sur-excitation de la muqueuse gastro-duodénale, provoquée par l'habitude des excitans alcooliques. Mais qu'importe la cause, la sub-excitation a existé dans les sécréteurs de cet organe important. L'*agalaxie* n'est pas rare, j'en ai observé plusieurs exemples; les femmes qui en furent l'objet avaient cependant les glandes mammaires bien développées.

L'*aspermasie* est plus commune qu'on ne le pense. « Un adulte, disent MM. *Roche* et *Sanson*, » nous en a fourni un exemple ; c'est à des excès vénériens qu'il devait cette maladie, qui » s'est dissipée d'elle-même au bout de deux années.» Ce sont ces mêmes excès qui, en épuisant l'action des sécréteurs, la produisent souvent. Je l'ai observée plusieurs fois ; et dans certains cas, l'autopsie m'a fait reconnaître une atrophie et une perte de consistance du cervelet.

L'amaigrissement dépend parfois de l'ab-irritation des sécréteurs adipeux. — L'amaigrissement avons-nous dit précédemment, est parfois le résultat d'une absorption trop rapide de la graisse, mais il arrive plus souvent qu'il dépend de l'ab-irritation des sécréteurs adipeux : il en est de même par rapport au suc médullaire des os, la graisse, sorte de dépôt alimentaire destiné à pourvoir aux besoins des tissus lorsque l'appareil digestif est troublé dans l'exercice de ses fonctions, protège aussi certains organes en formant autour d'eux des espèces de coussinets ; tandis qu'en d'autres lieux, elle favorise leurs mouvemens, et donne aux parties des formes élégantes.

L'ab-irritation des sécréteurs de ce produit important est souvent la cause de sa disparition.

Cette sub-excitation est rarement idiopathique. Elle est telle cependant chez ces sujets où la finesse des membres se trouve liée à une grande mobilité du système nerveux. Mais cette atonie est le plus souvent consécutive et dépendante d'un foyer actif de désorganisation durable. Les phthisiques en offrent l'exemple le plus frappant ; et c'est à cause de cela que ces sortes de sujets sont si précieux pour la préparation et la conservation des différentes pièces d'anatomie, car c'est chez eux aussi que le suc médullaire des os est très-peu abondant. Mais un foyer éloigné d'inflammation désorganisatrice n'est pas toujours nécessaire pour amener cette ab-irritation étendue. On la voit survenir à la suite d'une simple sur-excitation cérébrale provoquée par des causes morales durables. C'est dans les mêmes circonstances et chez les mêmes sujets que l'ab-irritation s'établit pour les sécréteurs de la synovie. J'ai souvent eu l'occasion de faire cette remarque, et d'utiliser cette particularité pour les préparations syndesmologiques.

Il ne faut pas oublier que les deux espèces de sub-excitation qui viennent de nous occuper, sont assez souvent consécutives à l'irritation de ces mêmes agens de sécrétions.

Existe-t-il des maladies générales? — Toutes les maladies sont primitivement locales (1). Cette espèce d'axiome est applicable aux maladies d'ab-irritation.

L'affection simultanée de tous les tissus est impossible.—Mais les maladies peuvent-elles devenir générales? en d'autres termes, tous les tissus qui composent l'organisme vivant, peuvent-ils être tous malades à la fois? je ne reviendrai pas sur les preuves irréfragables fournies par M. Broussais, pour établir que tout état morbide dépendant d'une exagération de l'action vitale dans un tissu, peut bien se propager à d'autres, mais qu'il ne peut jamais s'étendre à tous. Ce que M. Broussais a fait sous ce rapport pour l'irritation; il l'a négligé pour l'ab-irritation. On lit dans l'ouvrage de MM. Roche et Sanson, « si l'irritation n'occupe jamais tous les tis-
» sus en même temps, l'asthénie au contraire se montre quelquefois générale. C'est ce que
» l'on observe chez les vieillards, par les progrès de l'âge, et principalement chez ceux qui,
» parvenus à la décrépitude, s'affaiblissent graduellement, et meurent de vieillesse. On voit
» chez eux toutes les fonctions perdre successivement leur énergie; les sens s'émoussent; les
» facultés intellectuelles s'affaiblissent; les mouvemens, de plus en plus lents, deviennent
» impossibles; les digestions se ralentissent; l'appétit disparaît; les sphincters se relâchent; les
» inspirations ne se font plus qu'à de longs intervalles; le cœur cesse de battre; et la vie s'é-
» teint comme la flamme qui manque d'aliment s'évanouit. »

D'après l'exposé que je viens de transcrire il est évident que la scène d'évanouissement commence par le centre nerveux cérébral. L'ab-irritation de celui-ci fait diminuer les actes d'innervation, et ceux-ci ne peuvent plus arriver aux endroits les plus éloignés de l'économie; de là la raison pour laquelle la mort sénile procède de la circonférence aux centres.

On ne saurait révoquer en doute l'action suprême du cerveau dans le mécanisme de la vie. Mais il faut aussi savoir distinguer parmi les rouages de l'économie ceux qui sont directement influencés par ce centre nerveux, de ceux qui ne reçoivent que d'une manière secondaire et *éloignée* l'action vivifiante de ce puissant organe. Il faut apprécier aussi parmi les instrumens de fonction ceux qui éprouvent une forte et continuelle intervention cérébrale, et ne pas les confondre avec d'autres qui n'exigent qu'une très-légère innervation. Ce sont ces distinctions importantes, enclavées dans le cours de notre travail, qui vont encore nous servir pour la solution de la question qui nous occupe. Il est de l'essence du mécanisme vital de ne durer qu'un certain temps et de se détruire par la continuité de son exercice (Adelon); mais l'anéantissement de ce mécanisme vital offre nécessairement une foule de degrés qui caractérisent d'ailleurs la vie différente de chaque tissu. Aussi ceux de ces derniers qui remplissent leurs fonctions à l'aide d'une *légère* participation des organes nerveux et du sang artériel, demeurent-ils fréquemment étrangers aux grandes scènes morbides qui se passent dans les principaux organes. Ils demeurent en quelque sorte silencieux lorsque l'ab-irritation *sénile* se déclare pure et générale, comme on le prétend. Les tissus que je considère comme tels, sont les absorbans, les aponévrotiques, et les tendineux. Peut-on en effet nier l'énergie relative de l'absorption, même chez le vieillard décrépit? comment expliquerait-on l'amaigrissement, et l'émaciation des membres si la désassimilation n'était pas plus active que l'assimilation? et sinon d'admettre cette particularité, comment se rendrait-on compte de la résorption interne des cavités osseuses chez les vieillards? enfin les aponévroses et les tendons offrent-ils quelque chose qui indique leur participation à la débilité des principaux organes? on donne comme preuve de cette débilité la dilatation de certaines ouvertures et partant la fréquence des hernies. On se trompe, à mon avis; car si la cause était vraie, l'effet devrait être constant; les vieillards qui sont porteurs de hernies sont ceux qui se sont, par profession ou autrement, exposés aux causes ordinaires de ce déplacement viscéral. Finalement, et sans perdre de vue les diverses nuances de vitalité dans les différens tissus, si la débilité s'établis-

(1) *Commentaire*, p. 10.

sait dans tous et *proportionnellement* au degré qu'on l'indique dans le cerveau, le poumon, le cœur, etc.; la mort partielle se montrerait dans les tissus moins vivans, long-temps avant l'arrivée de la mort générale.

D'après ce qui précède, il me semble que je suis autorisé à conclure que la mort *sénile* produite par l'ab irritation de *tous* les tissus de l'économie n'a jamais été rencontrée que dans les livres.

Depuis long-temps, à la faveur de ma position particulière, j'ai fait un grand nombre d'autopsies de cadavres de vieillards, qui, d'après le dire de mes collègues, étaient emportés par la *mort sénile*. Eh bien! j'ai toujours rencontré quelque part des altérations organiques qui indiquaient le lieu d'une scène d'irritation ou d'inflammation.

C'est ainsi que j'ai souvent trouvé de la sérosité abondante, limpide ou gélatineuse dans les cavités cérébrales et sur les hémisphères du même organe. Tantôt je rencontrais une *gastrite*, un rein en suppuration, la vessie ou la vésicule biliaire dans le même état, à l'occasion d'un ou de plusieurs calculs qui s'y trouvaient.

Mais c'est surtout une grande quantité de mucus dans les bronches qui s'est très-souvent offerte à mon observation. Cette *sur-sécrétion* muqueuse, comme chacun le sait (catarrhe suffocant), devient souvent et facilement cause de mort chez le vieillard, parce que la profonde débilité des muscles expirateurs rend la sputation impossible. A l'imitation de MM. Roche et Sanson, nous ne considérons pas l'homme asthénisé dans sa totalité, lorsque sa mort arrive à l'occasion d'une sécrétion *trop abondante* du mucus, de la salive, ou du lait; ou bien par suite d'*excès* vénériens, ou de suppuration *excessive*.

Il est évident, d'après les considérations précédentes, que l'ab-irritation générale n'est pas établie par les descriptions de la mort *sénile* que l'on nous donne pour preuves. J'ose même douter de la possibilité d'un semblable état; et puisque les particularités que jai présentées en faveur de la négative se retrouvent plus évidentes et plus nombreuses chez les sujets moins âgés, je me crois dispensé de présenter des nouveaux faits et je me hâte de conclure par une proposition fort simple : *les maladies sont toutes primitivement locales, elles se propagent, mais elles n'affectent jamais en même temps tous les tissus de l'économie.*

(La suite au prochain numéro.)

Quelques considérations pratiques *sur le traitement de la gonorrhée dans les hôpitaux*; par le docteur F. Lutens, jeune, Médecin de bataillon à l'hôpital militaire de Gand.

Il n'est peut-être pas d'affection vénérienne qui ait nécessité l'emploi d'un si grand nombre de médicamens que la gonorrhée. On peut dire que chaque médecin a son traitement particulier et sa manière d'envisager ce mal. Nos formulaires contiennent une foule de recettes qu'on prétend être efficaces et salutaires; chaque auteur vante sa prescription et s'attache spécialement à en démontrer la supériorité. Les uns administrent la térébenthine, le copahu, le poivre cubèbe, l'iode, les purgatifs; les autres ordonnent des injections avec le sulfate de zinc, les narcotiques, le sublimé, l'eau froide; d'autres enfin ne prescrivent que le régime et abandonnent le mal à lui-même, comme un catarrhe qui parcourt librement ses périodes. On a lieu de s'étonner qu'une maladie considérée par les médecins comme une affection si simple, soit traitée si diversement. C'est peut-être parce qu'on n'y a pas attaché assez d'importance, parce qu'on a négligé de l'approfondir, que son traitement est devenu si peu stable. Nos plus belles nosographies sont celles des organes les plus importans à la vie; on a cru rendre un service à la médecine en éclaircissant les matières les plus compliquées, mais aussi on a arrêté les bornes de la science en négligeant celles qui sont les plus simples. La plupart de nos médecins physiologistes seront d'accord sur le traitement d'une gastrite, d'une cardite, d'une encéphalite; ils saisiront très-bien la signification des symptômes, les diverses complications de ces affections, mais quand il s'agira d'une maladie simple, telle que la blennorrhagie, l'otite, l'odontite, ou de celles dont les symptômes sont apparens et visibles,

comme les affections cutanées, chacun vantera un prétendu médicament, un prétendu spécifique.

On néglige en général l'étude des maladies vénériennes; la clinique se fait aussi quelquefois avec nonchalence et sans soins. Il est même des personnes qui entrent dans une sainte fureur contre les malheureux qui en sont atteints, comme si leurs maux ne réclamaient pas un traitement aussi suivi et aussi réfléchi que toute autre affection. La clinique externe de l'hôpital militaire de Gand est une source féconde d'instruction pour la connaissance des maladies vénériennes; ces affections s'y montrent sous toutes les formes; le nombre des vénériens est presque constamment de 20 à 30, et le mouvement mensuel de 60. Il est nécessaire d'avoir vu un grand nombre de ces malades pour pouvoir bien se pénétrer des variétés infinies que ces affections présentent. Dans les hôpitaux des vénériens deux conditions sont principalement requises pour assurer le succès d'un traitement : 1° d'administrer les médicamens de telle sorte que les malades ne peuvent les détourner; 2° de faire suivre un régime convenable.

C'est à l'hôpital militaire d'Ypres, confié aux soins de M. le médecin de garnison Taelman, que j'ai pu m'assurer de l'importance de ces mesures. Voici de quelle manière ce médecin agit envers les malades :

Le baume de copahu est le médicament qu'il emploie presque généralement; il l'administre à l'état liquide, à petites doses, ne dépassant que rarement deux gros dans la journée. Un infirmier intelligent est chargé de faire avaler le médicament; à cet effet, il verse la quantité prescrite dans un petit pot de la contenance d'une once et demie et qu'il a eu soin de remplir avec de l'eau. Le copahu surnage ce liquide sans toucher aux bords; lorsque ces dispositions sont prises, le malade avale en sa présence le médicament. On répète ce moyen deux à trois fois par jour, et la guérison a ordinairement lieu en dix jours. Ces moyens sont mis en usage le jour même de l'entrée des malades; on donne pour alimens de la soupe et des légumes; la viande est proscrite pendant toute la durée du traitement. Pour boissons les malades prennent de la tisane commune composée d'orge et de réglisse.

Les nombreux succès que j'ai vu obtenir m'ont fait adopter à peu près le même traitement à l'hôpital de Gand; j'ai obtenu, je puis dire, les mêmes résultats que M. Taelman; cependant quelques gonorrhées ont résisté à ces moyens. Voici en quoi consiste mon traitement et quelles sont les précautions que je prends :

Les soldats qui entrent à l'hôpital atteints de gonorrhée ont ordinairement déjà employé des moyens pour se guérir : les uns emploient de la poudre à canon dissoute dans du genièvre, les autres cherchent dans les pharmacies des drogues qu'ils avalent sans s'enquérir de l'état de leur estomac. Il n'est donc pas rare que ces moyens incendiaires et contre-indiqués ne déterminent une phlogose de cet organe. Quand je remarque quelques symptômes d'une affection gastrique, c'est à la combattre que je porte tous mes soins; un régime sévère et des boissons émollientes sont les moyens qui me réussissent ordinairement. Ces précautions sont très-importantes et méritent d'être prises en considération par les médecins. Voici un fait qui constate ce que je viens d'émettre :

Le nommé Pasman, soldat au 8e de ligne, entra à l'hôpital le 4 février 1835. Il était atteint d'une gonorrhée chronique pour laquelle il avait déjà probablement employé un grand nombre de remèdes. La langue était sale, amère, la bouche pâteuse, point de douleur à l'épigastre, l'appétit était peu marqué et la digestion laborieuse. J'administrai, nonobstant ces symptômes, deux gros de baume de copahu à l'intérieur; le lendemain, une gastrite aiguë se développa, et il me fallut recourir aux sangsues pour combattre les symptômes inflammatoires; huit jours après je voulus essayer le baume de copahu en lavement à la dose de deux gros par jour; le premier lavement fut assez bien toléré et j'en ordonnai un second. Cette fois l'inflammation chronique de l'estomac se réveilla de nouveau et une gastro-entérite des plus violentes mit les jours du malade en danger. Pasman fut transporté dans le service de M. le médecin principal Colson, qui employa un traitement antiphlogistique actif et parvint à combattre la maladie. L'écoulement qui avait cessé d'avoir lieu depuis l'irruption de la gastro-

entérite n'a plus reparu et Pasman est sorti de l'hôpital au mois d'avril guéri de sa gonorrhée, mais conservant encore cette grande irritabilité de l'estomac.

J'ai essayé sur un second malade, le nommé Bertrand, porteur d'une gastrite chronique, le baume de copahu en lavement, en commençant par un gros et en élevant successivement la dose jusqu'à une once et demie par jour. J'ai persisté pendant quinze jours dans ce traitement, sans observer le moindre effet de ces lavemens, et quoique le malade ne se sentit point indisposé par l'administration de ce moyen, j'ai été forcé de recourir aux injections avec le sulfate de zinc pour obtenir la guérison de la gonorrhée.

Depuis cette époque je n'ai plus osé continuer les essais avec le copahu en lavement et chaque fois que je remarque chez un malade une gastrite chronique ou une sensibilité trop grande de la muqueuse digestive, je prescris le sulfate de zinc en injection, à raison de deux à trois grains par once, et il est rare que je ne parvienne à arrêter l'écoulement.

Lorsque la gonorrhée est simple, c'est-à-dire, qu'elle n'est pas compliquée d'une irritation gastrique, je donne dès le premier jour du traitement le baume de copahu, une demi-once en trois doses; le lendemain, je double la quantité; le troisième jour, je suspends ce remède; le quatrième, je l'administre de nouveau, à la dose d'une once, et le traitement complet est ordinairement de cinq jours. Le mode d'administrer le copahu d'après les conseils de M. Taelman, est celui que j'emploie également. J'ai remarqué alors que les malades avalent mieux et avec moins de répugnance ce médicament; d'un autre côté le médecin est sûr que ses prescriptions sont ponctuellement exécutées. Si le malade a une aversion pour le copahu ou s'il survient des vomissemens après l'administration de ce médicament, je suspends l'usage de toute médication à l'intérieur, et suivant les circonstances je me contente d'un régime alimentaire convenable, ou bien je fais faire des injections avec le sulfate de zinc; jusqu'à ce moment je n'ai pas encore rencontré une seule gonorrhée qui ait résisté à ces moyens continués avec persévérance. La guérison est quelquefois lente, mais on finit toujours par triompher du mal.

Il arrive aussi que le baume de copahu donné à haute dose, ne fait aucun effet sur le malade. Je citerai plus loin une observation où j'ai continué ce moyen pendant dix jours, en donnant journellement une once de copahu à l'intérieur sans avoir observé d'amendement dans les symptômes de la gonorrhée ou d'irritation dans les voies digestives.

1re Observation. — *Gonorrhée traitée par le baume de copahu et guérie en cinq jours.* — Le nommé Autel, André, soldat au 7e régiment de ligne, entre le 16 mai à l'hôpital militaire de Gand, pour une gonorrhée qu'il a depuis trois semaines. A la visite du lendemain je prescris une demi-once de copahu, à prendre en trois doses; le 18, j'en fais donner une once en quatre doses; le 19, je suspends le traitement à cause de la diarrhée; les 20 et 21, le malade prend de nouveau une once de baume; le 22, guérison complète. Le malade est resté en observation jusqu'au 25 mai, jour de sa sortie de l'hôpital.

2e Observation. — *Gonorrhée guérie en huit jours par l'emploi du copahu.* — Le nommé Block, Pierre, lancier au 1er régiment, entra le 9 mars à l'hôpital militaire, pour une gonorrhée dont il était atteint depuis 15 jours. Douleur en urinant, érections nocturnes fréquentes, écoulement blanc et abondant.

Je prescris le 10 une demi-once de copahu en trois doses; les 12 et 13, une once en quatre doses. Le 14, diarrhée abondante, douleur nulle en urinant, érections moins fréquentes, nulle prescription. Les 15 et 16, une once; le 17, guérison. Le malade est sorti de l'hôpital.

3e Observation. — *Gonorrhée traitée par le baume de copahu. Guérison en trois jours.* — Le nommé Melkin, soldat au 5e régiment de ligne, atteint depuis 15 jours d'une gonorrhée sans douleur, entre à l'hôpital le 26 mai 1835. Le 27, je prescris une demi-once de copahu en trois doses; le 28, amélioration et continuation du remède. Le 29, l'écoulement est à peine perceptible, même remède; le 30 guérison.

4e Observation. — Le nommé Nervees, Gilles, soldat au 5e régiment de ligne, atteint d'une gonorrhée depuis deux mois, se présente à l'hôpital le 23 mai. Le 24, j'administre une demi once de baume de copahu en trois doses; les 25, 26, 27, une once; le malade ne se sent point incommodé; le 28, guérison.

5e Observation.— Le nommé F. Loubert, soldat au 5e rég. de ligne, entre à l'hôpital le 24 mai; le 25, il prend une demi once de baume de copahu; les 26 et 27, une once; le 28, on suspend le traitement; le 30, guérison.

Je pourrais multiplier à l'infini le nombre des cures que j'ai obtenues par ce moyen; ces observations suffisent pour démontrer clairement l'efficacité de ce traitement, cependant j'ai été loin d'obtenir toujours le même succès. Voici quelques observations où ce traitement a dû être changé.

6e Observation.— *Gonorrhée guérie en dix jours, par l'emploi du sulfate de zinc en injection.* — Le nommé Rose, chasseur à cheval, est entré le 20 mai à l'hôpital pour une gonorrhée dont il était atteint depuis 14 jours. Le 21, j'administrai une demi-once de baume de copahu; les 22 et 23, une once; le 24, diarrhée, sans médicament; les 25 et 26, le malade prit encore une once sans amélioration. Le 27, vomissemens, douleur abdominale; prescription de sulfate de zinc, 12 grains, laud. liq., Syd. ℈ ij, eau commune, six onces. Le 29, l'écoulement a cessé d'avoir lieu, mais on répète encore une bouteille.

7e Observation.— Le nommé Steenard, fusilier, atteint d'une gonorrhée, entra à l'hôpital le 7 mai. Le 8, je prescrivis une demi-once de baume de copahu; le 9, une once; le 10, symptômes de gastrite, langue rougeâtre sur les bords, douleur à l'épigastre, vomissemens.

Le malade fut mis au régime et aux boissons gommeuses jusqu'au 14 mai. Le 16, on lui donna : sulfate de zinc douze grains, teinture d'opium ℈ ij, eau commune six onces en injection. On répéta la même bouteille quatre fois et la guérison eut lieu le 29.

8e Observation.—*Gonorrhée guérie en 23 jours; inefficacité du baume de copahu; traitement par le sulfate de zinc.*—Le nommé Steenaker, soldat au 7e rég. de ligne, atteint d'une gonorrhée depuis 17 jours, entra à l'hôpital le 7 mai 1835. Douleur en urinant, érections nocturnes fréquentes et douloureuses; le 8, je prescrivis une demi-once de baume de copahu en trois doses; les 9 et 10, une once en quatre doses; le 11, diarrhée fréquente, douleur abdominale; on suspendit le traitement. L'écoulement fut toujours le même, mais les symptômes inflammatoires ont cédé à l'administration du copahu. Le 13, j'ordonnai six onces d'eau, douze grains de sulfate de zinc, deux scrupules de laudanum; le malade se fit six injections par jour. L'écoulement diminua lentement et on répéta la même bouteille. Le 25, la guérison a lieu.

9e Observation.—*Gonorrhée guérie en 16 jours; inefficacité du baume de copahu, traitement par le sulfate de zinc.*— Le nommé Braibant, soldat au 1er régiment de chasseurs à cheval, entra à l'hôpital le 16 mai, avec une gonorrhée dont il était atteint depuis 4 jours. Le 17, je prescrivis une demi-once de baume de copahu; les 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, le malade prit une once du même médicament, sans qu'il survint le moindre symptôme d'irritation des voies digestives, ni d'amélioration dans la gonorrhée. Le 27, on fit des injections avec le sulfate de zinc; on répéta la même bouteille le 29; le 30, l'écoulement est à peine perceptible.

10e Observation. — *Gonorrhée guérie en 15 jours; inefficacité du baume de copahu; traitement par le sulfate de zinc.* — Le nommé Cardain, soldat du train, entra à l'hôpital le 16 mai. Il était atteint depuis quatre jours d'une gonorrhée. Le 17, on prescrivit une demi-once de baume de copahu. Les 18, 19, 20, 21, 22, une once, sans effet. Le 23, il employa le sulfate de zinc en injection. Les 25 et 27, répétition de la même bouteille. Le 28, guérison.

Dystocie extraordinaire. — *Tumeur fibreuse énorme développée au dépend d'une portion du col et du corps de l'utérus. — Accouchement à terme malgré la présence d'une portion de cette masse dans l'excavation du bassin. — Grossesse postérieure. — Accouchement à six mois. — Troisième grossesse parvenue à terme : la tumeur remplissait l'excavation pelvienne. — Impossibilité d'accoucher par les voies naturelles décidée par quatre accoucheurs. — Accouchement rendu immédiatement et inattenduement facile par la répulsion de la tumeur.*—Observation recueillie par le docteur Thirion, de Namur.

Madame Lagrange, née Lamy, épouse d'un négociant de cette ville, âgée de 32 ans, mère de huit enfans, d'une constitution nervoso-sanguine, d'une taille moyenne mais à squelette régulier, joint à une belle carnation les précieuses qualités de bonne épouse, bonne mère et bonne ménagère, se trouvait le 5 août 1833, au terme de sa sixième grossesse et en commencement de travail d'enfantement lorsqu'elle me fit prier de lui donner les soins de mon art. Le toucher me plaça dans une singulière perplexité; mais après une exploration longue et attentive, je reconnus dans l'excavation pelvienne une masse dure, sillonnée, que je jugeai de la grosseur d'une demi tête d'enfant à terme. Cette production était placée à droite et en arrière, l'on sentait distinctement qu'elle était formée dans l'épaisseur et au dépend d'une forte moitié du col utérin, puisque je sentais, sans interruption de continuité, le reste de l'orifice utérin qui se dilatait pendant la contraction de la matrice, et par où je touchais la tête de l'enfant dans la position occipito-antérieure gauche. Après plusieurs heures de travail, pendant lequel cette masse s'affaissait, je me crus obligé, tant à cause de l'épuisement de la femme, que par crainte d'une rupture de l'utérus, etc., de réclamer l'assistance d'un confrère, lorsque tout à coup et pendant qu'on était allé le demander, la tumeur s'affaissa plus fortement sous l'influence de contractions redoublées et de pressions soutenues que j'exerçais sur elle, et l'enfant fut expulsé mort. Une forte dose d'ergot avait été donnée. En décollant une portion du placenta pour faire cesser une hémorrhagie commençante, je reconnus que cette masse se prolongeait dans l'épaisseur de la paroi droite du corps de la matrice où elle affectait une terminaison piriforme étendue, mais dont la base était au col utérin. Les suites de cet accouchement n'offrirent rien d'anormal.

Je me crus obligé de recommander à M. L. de ne plus faire d'enfant à sa dame; je lui fis un noir tableau des accidens graves et peut-être mortels auxquels elle serait exposée; mais cette narration que dictait la philanthropie de notre art, ne produisit qu'un effet momentané, la passion se mit au-dessus des dangers du sacrifice d'une épouse, et Madame L. redevint enceinte. Cette grossesse n'offrit rien de particulier dans son cours, sinon qu'elle n'alla que jusqu'à six mois, époque à laquelle l'accouchement eut lieu. Il se fit avec aisance, à cause du petit volume du fœtus; la tumeur que je dis fibreuse était à sa place comme antérieurement, mais plus volumineuse. Le fœtus était mort depuis quelque temps; son épiderme se soulevait. Les suites de cet accouchement furent très-heureuses.

Je recommençai mes observations à M. L. sur les dangers de la grossesse chez sa dame; car enfin la philosophie de notre art, comme toute espèce de philosophie, nous oblige à faire éviter et le malheur et la mort, n'importe la route à suivre pour arriver au bien. Tous mes sermons eurent encore une nouvelle grossesse pour résultat.

Cette gestation fut très-obscure jusqu'à demi terme, et continuellement Mad. L. éprouva de fortes douleurs dans l'abdomen. Le toucher pratiqué à plusieurs reprises, me laissa toujours reconnaître la tumeur dans l'excavation du bassin; l'utérus était bilobé, mais la grossesse alla jusqu'à son terme, et le 22 du mois de juillet de cette année (1835), vers deux heures du matin, M. L. vient me prier de me rendre chez lui, m'annonçant que sa dame était en travail d'enfantement et que les eaux venaient de s'écouler. Le toucher m'apprit bientôt que la tumeur, du volume d'une tête d'enfant à terme, dure, sillonnée, se trouvait dans l'excavation, et qu'il était impossible d'aller au-delà pour savoir ce qui s'y passait. Les contractions utérines étaient fortes, et chaque fois qu'elles se montraient, la tumeur était violemment et directement poussée en bas. Le sang sortait assez abondamment, car pendant que Madame était debout, il s'en échappa au moins dix onces. La position horizontale fut

irrévocablement prescrite, et je laissai marcher le travail jusqu'à trois heures du matin; alors convaincu de l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, je m'adjoignis le docteur *Evrard,* qui partagea sur tous les points ma manière de voir. Nous fîmes ensuite demander le Dr. *Mercier*, dont l'opinion fut encore la nôtre; mais à cette époque du travail, l'on sentait par une petite fente, entre le pubis et la tumeur, une partie du fœtus qui, par sa densité, semblait être la tête. Enfin, et attendu qu'il s'agissait de recourir à l'une des opérations les plus graves de la chirurgie, la section césarienne, j'allai prier le docteur *Darigade,* dont l'expérience est toujours recherchée dans les cas graves, de venir nous donner son avis; il fut encore conforme au jugement que nous avions porté. L'opération césarienne était donc décidée par quatre, sans aucune restriction, et la dame L. fit ses devoirs de religion. Pendant que nous exposions chacun toutes les particularités de ce cas aussi rare (et peut-être unique) que grave, il me prit envie de tenter la répulsion de la tumeur.

Mon projet semblait être une chimère, et j'avoue que je ne croyais guère à sa réussite; j'avoue aussi qu'en expliquant une possibilité d'expulsion fœtale, si la tumeur serait repoussée et que le reste du col utérin serait ainsi placé directement au centre du détroit supérieur, j'avoue, dis-je, que je ne comptais pas sur la possibilité de convertir mon raisonnement en fait.

Cependant ma tentative fut couronnée de succès; cette masse énorme fut, dans l'intervalle des douleurs, repoussée vers la partie postérieure de la fosse iliaque droite, le col utérin placé comme je l'imaginais, et une violente contraction fit instantanément descendre la tête de l'enfant dans l'excavation du bassin, lieu qu'occupait la tumeur, et une nouvelle douleur amena l'expulsion du fœtus vivant et à terme. Le placenta suivit de près la sortie de l'enfant, et Madame L. fut placée dans les conditions d'une femme qui aurait accouché heureusement. Chacun de nous put alors, à travers les parois du ventre, reconnaître une grande partie de la tumeur, occupant le côté droit de l'abdomen. Quelques jours après je touchai de nouveau, et je trouvai la base de la tumeur (partie inférieure) dans l'excavation. Je remarquai aussi que la partie libre du col utérin avait été déchirée assez largement; enfin, et sauf cette dernière particularité ainsi que l'accroissement de la production morbide, le tout existait comme je l'avais rencontré après le sixième accouchement.

Maintenant (3 août), Madame L. est remise dans son état ordinaire de santé; toutes les fonctions se font avec aisance, mais la sécrétion du lait ne s'est pas opérée. La tumeur ne la gène pas, elle reste un *noli me tangere.*

Ce fait de dystocie extraordinaire nous rappelle cet axiome de chirurgie qui nous prescrit de toujours parcourir le cercle des moyens doux avant de passer aux extrêmes. Cependant rien en lui ne condamne notre pronostic. Le succès obtenu n'est, à mon avis, que le résultat du hasard, je dirais bien d'une inspiration; car quoique la réussite fût raisonnée par avance, tout lecteur impartial conviendra qu'il est bien souvent plus facile de disserter et d'expliquer que d'agir et réussir: exemple, les charlatans et les homœopathes.

Ce cas, si ma mémoire ne me fait pas faute, ne trouve pas son semblable, dans *pareille occurrence,* parmi ceux rapportés par les *Bichat, Bayle, Dupuytren* et MM. *Roux* et *Lefaucheux.* Remarquez que Madame L. a 32 ans, et que le véridique praticien *Boyer* avait dit que peut-être jamais on ne rencontrait de tumeur fibreuse dans la matrice avant l'âge de 30 ans. Observez aussi que chaque fois, le placenta est sorti sans hémorrhagie, accident grave et souvent mortel lorsque l'arrière-faix est implanté sur la portion utérine où la tumeur fibreuse existe. Ce dire qui, je pense, appartient à *Chaussier*, est la conséquence naturelle du mode de circulation entre l'utérus et le placenta, et du moyen qu'employe la nature après le décollement de ce dernier pour faire cesser l'hémorrhagie qui en serait la suite inévitable, je veux dire, le resserrement de l'organe.

Enfin, une dernière remarque que ce fait suggère, c'est la possibilité qu'a eu la matrice de se développer jusqu'à terme, malgré que la tumeur l'avait considérablement réduite et dans sa forme et dans son étendue.

Namur, le 3 août 1835. E. Thirion, D. M.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

(Extraits des journaux anglais et allemands, par le Docteur CANSTATT.)

1. ESSAI *d'un aperçu comparatif des événemens météorologiques les plus remarquables dans leurs rapports avec les maladies, observés en* 1833; par le docteur J. C. A. CLARUS, à Leipsic.

Les changemens journaliers du temps ne doivent pas être jugés comme des événemens isolés et accidentels, ils doivent au contraire être considérés comme des ensembles de phénomènes, dans lesquels se manifeste une évolution progressive de grandes opérations de la nature, évolution qui se fait tantôt d'une manière régulière et calme, tantôt d'une manière plus ou moins tumultueuse et violente. Ces opérations semblent d'une part dépendre des conditions fixes des saisons, du climat et des rapports géographiques; d'autre part des changemens temporaires qui peuvent s'opérer dans la direction des vents, dans la capacité de l'atmosphère pour la chaleur et pour l'eau, et dans la vie intérieure du globe terrestre même, changemens qui peut-être en dernier lieu se laissent réduire aux lois encore entièrement inconnues de l'électricité tellurique et de sa distribution. Il ne serait pas difficile de hasarder une opinion à l'égard de cette dernière opinion qui ne saurait gagner une base ferme que par des recherches continuées. Jusqu'ici pour gagner quelques points d'appui utiles à des recherches à faire plus tard, nous sommes réduits à comparer seulement le caractère, la marche du temps et les grandes périodes météorologiques de différens endroits. Pour établir une comparaison de cette nature, l'attention doit, par exemple, être portée aux directions dominantes des vents, aux précurseurs, directions et effets secondaires des tempêtes et des orages, aux époques de la gelée et du dégel des eaux, aux amas de la neige et de la glace en certaines localités. Nous pouvons peut-être tirer de là les suppositions suivantes, qui ont besoin toutefois d'être constatées par des recherches continues : 1° le caractère météorologique régnant ne dépend pas seulement de causes locales, mais encore en même temps de phénomènes naturels, qui ont lieu dans des régions souvent très-éloignées; 2° il y a souvent des déviations continues du caractère ordinaire du climat et des saisons, déviations qui s'étendent par lignes d'une largeur plus ou moins grande sur une longue chaîne de pays; 3° le nord de l'Allemagne est dominé principalement par l'influence du continent du nord-est et de l'Océan atlantique.

A la marche régulière du temps, celle qui dépend des saisons, du climat et des conditions de la localité, peut être comparé le *caractère stationnaire* et *endémique*, ou le changement régulier des maladies; de l'autre côté, aux changemens temporaires et aux phénomènes isolés du temps se laisse comparer l'origine et la propagation des *épidémies* intercurrentes. La constitution stationnaire des maladies se tourne chez nous dans un cycle à peu près régulier (cycle qu'elles parcourent presque annuellement, sans se lier rigoureusement à l'ordre des saisons); la constitution passe ordinairement par gradations du caractère rhumatico-inflammatoire au caractère rhumatico-catarrhal (en hiver et au printemps), de ce dernier au caractère catarrho-gastrique et gastrique, et enfin au caractère gastrico-nerveux (en été et en automne). Il y a des années *normales* dans lesquelles on n'observe presque pas d'autres phénomènes épidémiques, hormis ceux qui dépendent de la constitution stationnaire; il y a d'autres années, dans lesquelles l'un ou l'autre caractère étant plus ou moins favorisé par des déviations météorologiques, ou par l'apparition de quelque épidémie intercalaire, les susdites transitions et gradations régulières se trouvent plus ou moins mêlées entre elles. Nonobstant la fréquence de ces déviations, la constitution stationnaire forme cependant toujours pour ainsi dire le fond des maladies et leur empreint plus ou moins son caractère particulier; des preuves irrécusables parmi le nombre en sont les épidémies de typhus en 1812 et 1813, ainsi que les fièvres intermittentes, endémiques chez nous. Cette influence ne saurait même pas être méconnue dans les maladies chroniques, et elle exige pour celles-ci, comme pour les affections aiguës, certaines modifications du diagnostic et du traitement. Les épidémies intercurrentes, qui se développent et se propagent de la manière la plus variée, tantôt par une contagion (dont la connexion de cause avec la maladie même n'est pour la plupart des cas qu'une

supposition hypothétique), tantôt sans contagion (comme, par exemple, les fièvres intermittentes), ces épidémies nous sont encore trop inconnues pour que nous osions hasarder une opinion sur leurs causes.

Une comparaison continue de ce qui s'est passé dans le domaine des maladies pendant le courant d'une année simultanément en différentes localités, eu égard aux influences externes qui ont agi, pouvant jeter plus tard du jour sur plusieurs de ces questions obscures, l'auteur a trouvé nécessaire d'essayer d'abord si les résultats préalables pouvaient encourager à entreprendre des recherches plus exactes et un travail plus étendu de cette nature? C'est au jugement du lecteur qu'il se rapporte pour répondre à cette question qui constitue le seul but de ce mémoire.

En janvier régnait un froid uniforme, modéré, sec; l'élévation du baromètre était extraordinaire (la plus forte fut celle du 8 janvier. 28 "5 1/2 m. P. M.). Le vent resta continuellement jusqu'au 9 à l'est; le ciel sans nuages; dès ce jour le vent se tournant au sud, il se forma alternativement des brouillards; il tomba de la neige, toujours en très-petite quantité, en tout dix jours de ce mois. La neige n'était pas moins rare dans les provinces de la mer Baltique, et à l'intérieur de l'empire russe; l'hiver fut généralement doux. Mais en même temps un froid extraordinaire régnait en Grèce et dans les provinces du nord de la Turquie et de la Perse. Des tremblemens de terre étaient remarqués le 10 à Laibach en Hongrie, le 13 à Linkoping en Suède, et le 14 chez nous (en Saxe), le long du Muldenthal, dans la direction de N. O. vers S. E. Le 28, il faisait le matin dans les environs de Paderborn, et le soir à Riga, des forts orages, suivis, le 29, de temps de dégel; et plus tard, le 3 février, d'une tempête violente sur l'Océan atlantique. Dans nos environs et sur le Rhin suivait alors, le 5, la débacle; la même, le 8, sur le Danube, près de Presbourg; le 9, sur l'Elbe, près de Hambourg; le 12, sur l'Oder, près de Breslau; le 20, sur la Pregel, près de Kœnigsberg; le 28 février, sur la basse Vistule; tandis que les rivières du nord-est restaient en partie fermées encore pendant des mois.

La diminution des phénomènes gastrico-nerveux et l'augmentation des phénomènes rhumatismaux, lesquels, l'une et l'autre, avaient déjà commencé en décembre 1832, devenaient de plus en plus manifestes et engendraient une constitution morbide, très-mêlée, penchant entre le caractère nerveux et phlegmatique. C'est par cette raison que les fièvres gastriques n'apparaissaient que rarement sous leur forme ordinaire, elles prenaient plutôt celle d'affection inflammatoire des organes de la respiration ou de la peau; les accidens gastriques jouaient en général un rôle inférieur; au contraire, les affections rhumatismales gagnaient le dessus sous tous les rapports; souvent compliquées avec de légères inflammations des yeux, de la gorge et de la poitrine, elles furent cependant toutes combattues pour la plupart sans évacuations sanguines. On observait en même temps la même chose à Pétersbourg (où l'influenza s'élevait déjà dans la mi-janvier), à Stockholm, à Berlin, à Prague (où la coqueluche se présentait comme suite de la rougeole), à Dresde, à Eibenstock, etc. Il est remarquable que dans beaucoup d'endroits cette transition du caractère gastrico-nerveux propre au choléra, au caractère rhumatico-inflammatoire, était compliquée de l'apparition de fièvres exanthématiques, qui alors se répandaient surtout parmi les enfans, ménagés par le choléra. La preuve nous en est donnée par l'apparition d'une épidémie de scarlatine à Kœnigsberg et en Ecosse, et par la grande extension d'une épidémie de rougeole à Vienne. Aussi à Leipsig régnaient déjà depuis juillet 1832 la petite-vérole et la scarlatine en même temps, celle-ci parmi les enfans et la première fréquemment parmi les adultes.

Le mois de février fut dans notre pays assez humide et chaud; le vent soufflait la plus grande partie du mois de l'ouest et du sud-ouest. Tempêtes violentes en Saxe, au Rhin, en France et sur l'Océan le 12 et le 15. Après cela, temps doux avec quelques légères gelées matinales; ce temps s'étend même jusqu'aux côtes plus élevées de la mer Baltique; nouvelle gelée chez nous le 7 mars (après un fort brouillard, vent de N. E. et assez de neige); à Odessa il avait déjà gelé le 28 février, et à Reval le 8 mars. Cette époque de gelée dure dans nos environs jusqu'au 14 mars; après elle viennent tous les jours jusqu'au 19 des brouillards humides; dès-lors jusqu'au 24 de nouveau gelée et beaucoup de neige; enfin jusqu'au 29 un

temps sec et chaud de printemps. Nous n'avions point de tempêtes équinoxiales; vent d'Est et de Nord-Est pendant la plus grande partie du mois. Le 30 mars, après une pluie d'orage de deux heures, air rude et sec, plus tard froid, humide et très-désagréable, ce qui dure jusqu'à la fin du mois d'avril, et arrête le développement de la végétation qui avait déjà commencé à la seconde moitié de février. Cette période semblait se terminer le 30 avril par une pluie à verse. Aussi en Sicile régnait pendant ce mois un froid sans exemple. En Russie, le cœur de l'hiver.

En février continuait la constitution rhumatico-gastrique ; mais les affections gastriques devenaient de plus en plus rares, et ne se manifestaient que sporadiquement sous la forme d'affections sympathiques du système cutané. Le caractère rhumatico-inflammatoire devenait, au contraire, de plus en plus prédominant, et se présentait le plus souvent comme inflammation de la gorge et de la poitrine. En Suède, ainsi qu'à Dresde et à Prague la constitution était rhumatico et gastrico-inflammatoire; le caractère gastrique à Berlin était remplacé par le catarrhal; dans les districts montagnards de Saxe il était décidément inflammatoire.

A Paris les affections catarrhales diminuaient sous l'influence de la température chaude, mais augmentaient de nouveau vers la fin de février. A Odessa l'influenza était très-répandue, mais restait bénigne.

La petite-vérole, les varicelles et la scarlatine semblaient, dans notre ville (Leipsic), diminuer un peu ; et il n'était pas rare que ces affections fussent compliquées de vomissemens bilieux, verts et plus souvent encore d'inflammation des organes respiratoires, qu'on traitait presque toujours avec succès par les évacuations sanguines. A Vienne régnait toujours encore la rougeole bénigne, suivie souvent dans la convalescence par la coqueluche; cette dernière était devenue épidémique à Prague. Les fièvres intermittentes étaient rares partout. Le mois de mars se caractérisait à Leipsic et à Dresde, où prédominait encore au commencement la constitution rhumatico-inflammatoire, par la disposition croissante au caractère catarrho-gastrique et gastrico-nerveux. Pareille chose fut observée à Bade. A Bonn on observait souvent, parmi les enfans, des tumeurs des parotides, mais sans tendance métastatique. En Suède paraissait (avec constitution rhumatico-catarrhale), une fièvre typhoïde contagieuse, appelée la fièvre noire, et aussi à Toulon la mortalité était augmentée par le typhus. Le choléra exerçait dans les mois de février et de mars des ravages terribles à Havanna. Long-temps après avoir été précédé d'affections catarrhales sporadiques et de la complication rhumatismale, nous remarquâmes enfin dès les premiers jours d'avril des traces indubitables de l'influenza. Cette épidémie s'étendait avec une grande rapidité, et après avoir un peu diminué vers le milieu du mois et augmenté dès-lors de nouveau, elle parvenait à sa hauteur entre le 20 avril et le 4 mai, après quoi elle diminua si vite que, hormis les récidives fréquentes, elle semblait presque être terminée à la mi-mai. Du moins deux tiers des habitans et des étrangers en ville en étaient atteints; l'influence épidémique se faisait sentir chez presque tous les autres par une faiblesse et pesanteur des jambes ; la plupart des malades étaient des enfans et des personnes de l'âge de 20 à 40 ans. Bien que la maladie ne fût pas léthale en elle-même, elle n'était pourtant pas sans danger dans quelques cas; sa complication fréquente avec des affections chroniques n'était pas moins cause d'un nombre extraordinaire de décès. Elle se terminait souvent en catarrhe chronique et en phthisie, même chez des personnes sans prédisposition préalable. A l'égard de la distribution géographique de l'influenza de cette année il est à remarquer que sa direction principale s'étendit, comme cela a ordinairement lieu du nord-est au sud-ouest. D'après ce que nous en savons elle se montra d'abord à la mi-janvier à Pétersbourg, Perm, Kosan et Moscou; au commencement de février à Odessa et à la fin de ce mois à Riga. Les affections catarrhales épidémiques qu'on observait en même temps à Paris, étaient compliquées d'un mal particulier des mains et des pieds, se caractérisant par la sensation de fourmillement, d'engourdissement, de paralysie imparfaite et d'œdème, et étaient désignées par quelques médecins sous le nom d'*Acrodynie*, mais considérées par d'autres, et il semble avec plus de raison, comme affection rhumatismale des nerfs. M. *Clarus* a observé, trois mois plus tard, dans l'hôpital de Saint-Jacques à Leipsic, un cas de contrac-

tions spasmodiques des mains, probablement à la suite d'irritation rhumatismale de la moelle épinière. Dans le commencement de mars l'influenza était déjà généralement répandue à Memel; elle paraissait, le 1er, à Elbingen et à Varsovie; le 2, à Tilsit et à Danzig; le 9, à Kœnigsberg; le 16, à Krotoschin et à Posen; le 23 mars à Berlin; en même temps à Constantinople et à Alexandrie. Vers les premiers jours d'avril elle arrivait à Copenhague, à Londres et à Leipsic, vers la fin de ce mois à Vienne, à Prague, à Dresde, à Chemnitz, à Freiberg et à Grossenhein. En mai, elle régnait aussi en Suède, en Stirie et en Wurtemberg; dans quelques endroits de ces pays elle se montra encore plus tard.

Dans les premiers jours de mai se faisait très-rapidement la transition du temps froid et humide à la véritable chaleur du printemps. Le mois entier il faisait chaud, sec et beau, presque continuellement vent d'est ou de nord-est. Quelquefois, par exemple, le 14 et le 15, brouillard sec; le 6, 13, 16, 18, 20 et 25, des orages éloignés. A Pétersbourg, après un fort orage le 7, pluie générale pendant quinze jours, et après elle longue sécheresse. Forts orages le 15, en Angleterre; le 20 en Silésie; le 21, à Odessa. Le mois de juin était ici, et d'après ce que les nouvelles en disaient, très-sec, par toute l'Europe. Dès le 16, montait la chaleur; des forts orages passaient par plusieurs provinces de l'Allemagne, sans toucher la nôtre. Ce n'était que le 30 vers le soir, après un fort brouillard du matin qui avait précédé le jour de la veille, qu'il nous parvenait un violent orage, du côté du sud, lequel, sans raffraîchir beaucoup la température de l'air, mit pourtant fin à la sécheresse.

L'influenza, qui cessait ici déjà à la mi-mai, mais qu'on observait encore en d'autres endroits de Saxe et dans le midi de l'Allemagne jusqu'au mois de juillet, avait pour suite une rareté extraordinaire de maladies fébriles, chose qu'on remarque très-souvent après des épidémies très-étendues, la prédisposition pour les maladies étant en général un peu diminuée par ces dernières; c'est alors que le caractère stationnaire des maladies se prononce avec le plus de précision. On observait çà et là quelques fièvres gastriques, quelquefois encore avec de symptômes de rhumatisme, sous la forme de pleurésie bilieuse. La constitution était de même à Dresde, dans l'Erzeburg, à Berlin, à Prague et à Stuttgart, gastrico-rhumatismale et inflammatoire. Les fièvres intermittentes semblaient avoir été chassées dans plusieurs endroits par l'influenza.

La scarlatine paraissait avoir cessé entièrement, et l'épidémie de la petite-vérole s'approchait ici de sa fin ainsi qu'à Berlin. Dans quelques endroits de la Saxe et du Wurtemberg régnaient en même temps la rougeole et l'influenza; dans d'autres elle était suivie par la coqueluche.

Cette sécheresse continuelle était suivie d'une chaleur brûlante avec des brouillards du matin, fréquens et extraordinairement épais, laquelle dura jusqu'au 9 juillet. Dès-lors il faisait de jour en jour plus frais et plus humide. Presque toute l'Europe était traversée par des masses de nuages pesans, grisâtres et par des pluies, accompagnées de temps en temps d'explosions électriques, alternant avec des momens où le soleil brûlant pouvait percer; ces nuages se dirigeaient dans le sens de nord-ouest, de sorte que même dans les pays méridionaux de l'Europe il faisait un temps continuellement désagréable et un froid extraordinaire. Cette époque remarquable semble devoir son origine aux phénomènes suivans: Selon les rapports du commandant de la station française près de Newfoundland, la mer formait alors dans cette région une seule côte glaciale, sans interruption du 44° jusqu'au 50° de la latitude Nord, le long de laquelle une masse d'énormes montagnes de glaces descendaient du 50° jusqu'au 57° de longitude de l'ouest. Probablement amassées pendant plusieurs années dans la baie de Hudson et de Baffin et dans la route de Davis, et dégagées enfin par des tempêtes et des tremblemens de terre, ces glaces avaient été descendues dans les latitudes méridionales par les vents du Nord-Ouest qui y règnent pendant neuf mois. Dans leur voisinage il faisait sensiblement froid, l'air était gris et nébuleux. Une surface de 50 à 60,000 lieues carrées de glace fondante ne pouvait-elle pas remplir l'air au loin de vapeurs froides, causer des vents continuels de Nord-Ouest, et répandre la pluie et le froid sur les pays situés dans ce rayon; et ne pouvait-elle pas en sens inverse, être la cause de la douceur extraordinaire de cet hiver par la diminution considérable des masses glaciales du pôle? Au reste le sol toujours

imbibé dans ce temps de pluie et ne se desséchant pas moins vite, devait continuellement donner lieu au froid et à de la nouvelle pluie.

Enfin, le 26 août, pénètre, après une tempête de l'ouest, le soleil et la chaleur de nouveau qui, passant bientôt en chaleur d'orage, finit le 2 septembre par une tempête encore plus violente et très-étendue, venant de l'Ouest, avec un cortège de jours humides, froids et embrouillés. Le 17 septembre à 9 heures du soir on observait chez nous un beau feu boréal, avec quelques éclairs. Les brouillards du matin, qui devenaient plus fréquens et plus épais, descendirent du 19 jusqu'au 22 septembre en brume et laissèrent enfin après eux un temps d'automne constamment beau et chaud, qui dura à quelques légères interruptions près jusqu'au commencement de décembre. Le 16 novembre commencèrent de légères gelées de nuit qui ne se répétèrent que rarement. Le mois de décembre fut donc extrêmement doux; de sorte que la végétation commençait à se développer vivement (en Russie seulement l'hiver était assez sévère); mais ce mois se distingua par des tempêtes fréquentes et terribles, qui exerçaient leurs fureurs de l'Océan atlantique jusqu'à la Mer-Noire. Le baromètre, montrant pendant ce temps des oscillations fréquentes et très-rapides, ne descendait pourtant jamais très-bas; on voyait cependant souvent des éclairs et des météores de feu, et le 29 un beau feu boréal qui ne dura que peu de temps (en Russie on en observait beaucoup et de très-beaux).

Malgré que pendant l'époque humide la continuation du caractère gastro-rhumatismal s'annonçait par plusieurs cas de fièvres simples bilieuses et rhumatismales, par des angines et des inflammations de poitrine, il se manifestait cependant un changement frappant dans les phénomènes morbides, changement d'autant plus remarquable qu'il coïncide avec l'apparition nouvelle du choléra dans les pays situés à l'ouest. Vers la fin de juillet les diarrhées, observées déjà depuis quelque temps, devenaient extrêmement fréquentes; elles consistaient en évacuations de liquides séreux presque sans odeur, quelquefois laiteux et muqueux, rarement mêlés de sang, qui se succédaient rapidement, et étaient compliquées avec ténesme, toujours avec des tiraillemens dans les extrémités et une lassitude extrêmement grande, dans quelques cas seulement avec la fièvre, des nausées et des vomissemens. A Berlin, Dresde, Eibenstock, etc., ces affections avaient une tendance, surtout en septembre, au caractère nerveux et typhoïde. Le choléra diminuant en Hollande vers la fin d'août, nous n'observions alors plus que des diarrhées simples et sporadiques; les dissenteries et les affections cholériques avaient disparu entièrement, tandis qu'à Dresde elles durèrent jusqu'en octobre. Malgré que déjà pendant l'époque de transition au temps d'automne sec, le caractère gastrico-nerveux se penchât plus au caractère catarrhal et rhumatico-inflammatoire, il resta toujours pendant tout le courant d'octobre et de novembre, à Berlin et dans la plupart des villes saxonnes, le teint du caractère gastrique (le même encore en décembre) et du caractère gastrico-nerveux. Les fièvres intermittentes, parmi lesquelles quelques fièvres quartes de nouvelle origine, devenaient un peu plus fréquentes pendant les diarrhées épidémiques et ne se perdaient plus entièrement, même dans les derniers quatre mois de l'année. La petite-vérole et les varicelles semblaient en août vouloir s'élever de nouveau en épidémie, mais ne restaient que sporadiques durant le reste de l'année. A Eibenstock régna pendant plusieurs mois une épidémie de fièvre miliaire gastrique, gastrico-rhumatismale ou putride-nerveuse. En novembre se montra ici et sur plusieurs autres points de la Saxe, la rougeole qui, en décembre, se formait en une épidémie d'une étendue extraordinaire, mais d'une nature très-bénigne. L'éruption tardait souvent pendant des semaines, et n'était alors que peu intense; elle n'occupa que la face ou alternativement l'une ou l'autre région du corps. Comme maladies consécutives on observait souvent des éruptions scrofuleuses autour du nez, de la bouche et des oreilles. Un individu en était atteint deux fois, et dans un autre cas on observait des taches très-évidentes de rougeole à la surface interne de la bouche et au palais.

(*Clarus et Radius*, *Beitraege*, vol. 1, cah. 1.)

2. *Observations sur certaines douleurs nerveuses qui s'observent surtout chez les femmes*, par S. Cusack.

L'auteur a eu souvent occasion d'observer et de traiter des douleurs particulières de nature

nerveuse, surtout chez les personnes du sexe. Il en distingue d'après les régions où ces douleurs se rencontrent, trois espèces : celles de l'hypocondre droit, celles du gauche et celles de la tête; la première espèce, on la prend généralement pour une inflammation ou maladie organique du foie; la seconde pour une pleurésie. L'une et l'autre n'ont point de siége circonscrit; tantôt les douleurs se font sentir au-dessous du mamelon, tantôt immédiatement au-dessous des fausses côtes, d'autres fois entre celles et l'épine de l'os ilium; quelquefois elles s'étendent jusqu'à l'épaule, à l'aine, à l'os sacrum où elles semblent traverser le diaphragme; enfin il n'est pas rare qu'elles changent d'un côté à l'autre; le plus souvent ce sont des douleurs sourdes, elles deviennent facilement violentes; une légère pression, même le moindre toucher est souvent extrêmement sensible. La troisième espèce a son siége dans la tête; elle se limite tantôt à un petit espace au-dessus de la cavité orbitaire, tantôt elle s'étend sur tout le crâne; la faculté visuelle ne souffre presque jamais; aussi les parties externes semblent être plus affectées que les internes. La plupart de ces malades se plaignent moins d'une vraie douleur que d'une sensation morbide, très-désagréable et tourmentante, qu'ils comparent les uns avec la sensation, comme si on leur arrachait les cheveux; les autres comme si on leur versait de l'eau froide sur la tête ou comme s'il y avait une place froide. Le mal s'aggrave en couvrant la tête plus chaudement. Les caractères suivans peuvent servir pour le *diagnostic :* 1° les douleurs nerveuses sont beaucoup plus fréquentes que les maladies phlegmasiques et organiques, qui se manifestent par des sensations semblables; 2° dans ces cas le traitement antiphlogistique est inefficace, même nuisible; bien que l'application de sangsues soit suivie dans quelques cas d'un soulagement passager, elle ne guérit pas le mal radicalement; les évacuations sanguines provoquent plutôt cette même affection dans des cas où on les emploie avec profusion et à différentes reprises; 3° le sexe surtout est prédisposé à ces douleurs de nature nerveuse; 4° cette même prédisposition est propre aux constitutions sensibles, et aux personnes sujettes à la dyspepsie; 5° elle est engendrée par une vie sédentaire, par l'abus du thé, du café, etc., etc. Il faut avoir égard à deux choses : 1° que les douleurs nerveuses se compliquent avec d'autres maladies graves, et 2° que les affections phlegmasiques et nerveuses peuvent alterner les unes avec les autres. Quant au *traitement*, l'indication des causes est la première à être prise en considération; on défendra une vie sédentaire, des applications d'esprit trop sévères, l'abus du café et du thé; on recommandera au contraire le mouvement modéré à l'air et un régime léger et nourrissant; quelquefois le mal semble être entretenu par une chevelure trop longue et trop épaisse; dans ce cas on la laisse couper et on couvre légèrement la tête; ordinairement les malades se plaignent des pieds froids; pour cela on pourra recommander des bains de pieds chauds avec du sel, et des frictions. Parmi les médicamens on devra choisir ceux qui diminuent la sensibilité nerveuse, et apaisent la douleur, en y ajoutant des remèdes toniques, propres surtout à fortifier les organes de la digestion. L'auteur fait prendre d'un soir à l'autre ou tous les trois jours les *pil. hydrarg.*, seules ou avec deux parties de *pil. galban. comp. pharm. Lond.*, et le lendemain une infusion de *quassia* avec *sal. amar.;* quelquefois il y ajoute la *tinct. Rhei, gentian.*, ou *columbo;* d'autres fois il trouve nécessaire de donner des moyens purgatifs, composés de *calomel* et de *Jalappe* ou de *coloquinte.* L'auteur a beaucoup à se louer de l'efficacité des préparations ferrugineuses; il s'est surtout bien trouvé d'un mélange de *carb. ferri*, *sodæ subcarb. sicc. ana* gr. x; *rad. valer.* ℈ j; et *syrup zingib.*, trois fois par jour; mais il prescrit aussi la *tinct. ferri muriat.* ou *acet.* avec *inf. quassiæ* et *tinct. columbo.* Il n'a vu aucun résultat de sangsues, ni de l'onguent de tartre stibié, ni des vésicatoires, mais bien de l'*empl. aromaticum pharm. Dubl.* Pour la céphalalgie il recommande encore particulièrement la *tinct. valer. ammon. ph. L.* (*Dublin journal*, n° XIV, 1834.)

3. *Communication du virus syphilitique entre le fœtus et la mère.*

M. *Ramsbotham*, dans ses leçons sur les maladies des femmes et des enfans (*London médical gaz.* mai 1835) vient d'émettre une opinion très-ingénieuse de la communication du virus syphilitique entre les parens et le fœtus. La contagion syphilitique, dit-il, transmise

au nouvel être par l'un ou l'autre des parens peut être cause de l'avortement en privant l'embryon de la vie. Pour produire cet effet il n'est aucunement nécessaire que le père ou la mère soient sujets à la maladie dans son état primitif. Y a-t-il des symptômes secondaires cachés dans l'un d'eux ou dans tous les deux, l'*ovum* sera infecté et probablement à un degré propre à détruire sa vitalité. C'est une opinion assez généralement adoptée; je pense, dit-il, que la maladie syphilitique à sa période secondaire ne peut se communiquer directement d'un sexe à l'autre, à moins qu'il n'existe un chancre ulcéré, opinion qui s'accorde parfaitement avec mes propres observations. Mais il me semble probable qu'une mère auparavant saine peut devenir malade en portant un *œuf infecté par le virus syphilitique du père;* que l'organisme de la mère peut être inoculé du virus pendant la grossesse par suite de la connexion intime de vaisseaux, qui existe entre elle et le fœtus; car j'ai eu occasion d'observer plus d'une fois qu'une jeune femme unie à un homme souffrant de symptômes secondaires et opiniâtres de syphilis, restait saine pendant quelques mois après le mariage, mais qu'elle devenait sujette à la même maladie dans sa forme secondaire bientôt après que l'imprégnation a eu lieu; il me semble que dans un tel cas la mère n'étant pas infectée directement par le père l'a été par l'enfant qu'elle portait dans son sein.

4. *Utilité du saccharum saturni dans les maladies fébriles compliquées d'ulcérations intestinales,* par F. Nasse.

C'est le D. *Spiritus*, de Solingen, qui, le premier, a appelé l'attention sur l'utilité de l'administration de l'acétate de plomb dans la dothinentérite. Il n'a jamais employé ce remède dans la première période de la maladie, aussi long-temps que la fièvre eût le caractère de synocha; il ne l'administrait que lorsqu'il se manifestait des signes de dépérissement des forces et que la maladie se présentait plus distinctement comme affection locale des intestins mêmes. Il donnait trois fois par jour 1/2 jusqu'à 1/3 de grain d'acétate de plomb, souvent avec de la poudre de Dower, ou avec du camphre. Cinquante malades qu'il traita par cette méthode, furent entièrement guéris, sans aucune conséquence funeste qui aurait pu être produite par la nature du remède. Le docteur *Nasse*, se fiant sur l'autorité de M. Spiritus, a employé le même moyen chez 19 malades atteints de dothienentérite, parmi lesquels cinq enfans et treize adultes. L'usage du plomb ne fut commencé que le cinquième, huitième ou dixième jour de la maladie, et même plus tard s'il y avait des signes de forte congestion vers la tête, qui exigeaient l'application de sangsues. On le donna à la dose de 1/4, 1/3, 1/2, de grain; trois à six fois par jour; deux grains suffirent dans la plupart des cas à arrêter le devoiement; dans cinq cas il en fallut six grains. De ces 19 cas il n'y en eut qu'un seul qui fut suivi d'une issue funeste; les autres 18 furent entièrement rétablis. Aucun de ces derniers n'avait pris des remèdes stimulans, tandis que l'individu qui mourut, avait subi un traitement stimulant. (*Medic. Zeitung von Preussen*, juin 1835.)

5. *De la pneumonie des enfans nouveau-nés*, par le docteur *Kluge*, de Berlin. (*Med. Zeitung*, 29 juillet 1835.)

Ce fut dans les mois de septembre et octobre de l'année 1817, que j'eus pour la première fois l'occasion d'observer cette maladie pendant un temps froid et désagréable d'automne, à l'hôpital de la Charité à Berlin; deux enfans en furent alors atteints et moururent. L'hiver suivant, au mois de février 1818, pendant une température très-froide, l'affection se représenta à moi pour la seconde fois; cependant devenu plus attentif au symptôme caractéristique et précurseur de la maladie et opposant en temps opportun un traitement convenable à ses progrès, je ne perdis alors que trois enfans parmi un grand nombre de ceux qui étaient tombés malades.

Ce symptôme caractéristique qui annonce la maladie, consiste en ce qu'avant l'apparition même de l'affection pneumonique, les enfans nouveau-nés perdent leur chaleur et la couleur vermeille de la peau, qu'ils deviennent froids et pâles, et prennent *une teinte gris-cendrée*

de plomb (comme dans le commencement de la cyanose) ; ce n'est qu'après que cette teinte est devenue plus saturée que la dyspnée se manifeste, et toujours cependant sans être accompagnée d'une véritable toux.

La cause doit être attribuée en ce qu'aussitôt après l'origine de cette affection, *la circulation pulmonaire étant empêchée, il se fait un reflux du sang veineux dans le sang artériel* par le trou de Botal, reflux qui empêche l'accroissement de l'inflammation et son développement complet, de sorte qu'alors nous avons plutôt affaire *à un état de congestion que d'inflammation*, et que l'un et l'autre réunis finissent par produire la *mort par suffocation.*

Aperçoit-on à temps la décoloration pathognomonique de la peau, avant que la dyspnée proprement dite ne soit survenue, on sauvera la plupart de ces enfans en leur appliquant aussitôt une ou deux sangsues au-dessus du sternum et en leur administrant du calomel; mais la dyspnée une fois présente, il n'y a ordinairement plus de remède. La décoloration de la peau précède souvent la dyspnée de plusieurs heures, dans quelques cas même de 24 heures.

Cette affection choisit ordinairement pour saison le mois de février, surtout si le froid augmente d'une manière rapide et considérable pendant ce mois; elle n'est pas moins fréquente en avril et en octobre, si ces mois sont très-froids et humides.

Comme il se passa plusieurs années pendant lesquelles il ne se présenta pas de cas de *pneumonia neonatorum*, et qu'alors il en parût de nouveau subitement et pendant quelques semaines, nous perdîmes ordinairement les premiers enfans qui en furent atteints; mais cela me rendit attentif et je fis examiner tous les enfans, qui se trouvaient à la Maternité, d'heure en heure; on s'aperçut de cette teinte particulière de la peau, ils furent traités de la manière susdite et nous réussîmes ainsi d'en sauver la plupart.

La maladie affecta de préférence les plus jeunes parmi les nouveau-nés; cependant les autres n'en furent pas plus épargnés; jamais je n'ai observé cette affection sur des enfans qui avaient dépassé l'âge de six semaines. Cela s'explique par le fait que le canal artériel et le trou de Botal (organes qui impriment à la maladie le caractère spécifique de la pneumonie des *nouveau-nés*) ne commencent à s'oblitérer qu'après la sixième semaine; ces ouvertures une fois fermées, la pneumonie ne se manifeste plus par d'autres phénomènes que la pneumonie ordinaire. Ces ouvertures, au contraire, *restent ouvertes pendant six semaines après la naissance de l'enfant*, fait physiologique dont je puis garantir l'exactitude d'autant plus que l'opinion contraire de M. *Rudolphi* me détermina à faire des recherches à cet égard sur les cadavres des enfans nouveau-nés morts à la Charité et que les résultats de l'autopsie me mirent à même de convaincre M. Rudolphi lui-même de la vérité de mon assertion.

Plusieurs années après que la maladie avait été observée à la Maternité, elle y reparut au commencement du mois d'avril 1832 et emporta deux enfans, dont les cadavres furent envoyés à M. *Rudolphi;* il avoua n'avoir jamais observé d'engorgemens sanguins aussi considérables et aussi particuliers sur des enfans nouveau-nés.

Le même mal revint encore à la mi-mai, par suite de la température froide et humide; deux enfans en périrent avec une rapidité surprenante; je me suis proposé de donner dans un aperçu de ces deux cas une idée nette de la maladie qui nous occupe.

1er *Cas.* — Louise B., âgée de 29 ans, d'une bonne constitution physique, accoucha à terme le 9 mai d'un garçon vivant, bien formé, fort et un peu pléthorique. L'accouchement avait été naturel, quoiqu'un peu lent à cause de l'écoulement prématuré des eaux. L'enfant long de 18 1/2 pouces et pesant 7 3/4 de livres, ne montrait aucune trace de maladie après sa naissance; au contraire il était vif, vigoureux, criait fortement et prenait le sein avec avidité. Mais 24 heures après la naissance on observa les symptômes suivans : pâleur extraordinaire de la peau, agitation dans les mouvemens, des cris d'angoisses, aigus, entrecoupés plus aussi sonores et pénétrans qu'auparavant. L'enfant prenait le sein, mais il le laissait aussitôt après l'avoir saisi. La pâleur de la peau prenait en très-peu de temps, déjà après une demi-heure une teinte gris de plomb, avec un mélange bleu surtout autour de la bouche et du nez, où la couleur était la plus saturée. A raison de l'accroissement de cette teinte, une heure après le commencement de la maladie, on pouvait déjà distinguer les symptômes d'un obstacle dans les fonctions de la respiration. Les cris de l'enfant devenaient beaucoup plus

étouffés; ce n'était plus qu'un gémissement chevrotant, accompagné d'un toussaillement court, interrompu par secousses, qui se faisait évidemment avec de grands efforts et qui ne quittait plus l'enfant. Dans un âge si peu avancé le pouls ne pouvait pas offrir beaucoup d'éclaircissemens; cependant, comparé à celui d'autres enfans nouveau-nés, il était difficile à distinguer et très-fréquent. La température de la peau avait diminué. On appliqua de suite une sangsue à la partie supérieure du sternum ; on la laissa continuer à saigner pendant une demi-heure, et en même temps on donna 1 grain de calomel et deux grains de carbonate de magnésie à l'intérieur. Ces remèdes furent suivis d'une amélioration apparente ; la respiration devint plus facile et libre ; la teinte de la peau perdit un peu de son intensité ; mais cette amélioration ne dura pas plus d'une heure et demie ; la respiration devint de nouveau plus laborieuse et plus fréquente, la couleur de la peau plus foncée, presque noire à la figure, l'haleine et les extrémités froides ; l'enfant mourut de suffocation six heures après le commencement de l'attaque.

Le second cas est celui d'un garçon qui, à la suite d'un accouchement lent et difficile, se trouvait après sa naissance dans un état d'asphyxie, dont il revint cependant après un quart d'heure par le moyen de l'écoulement d'une once de sang du cordon ombilical, d'arrosions d'eau froide et de bains. Mais encore le même soir à 5 heures (il était né à midi et demi) on remarqua la teinte caractéristique de plomb à la figure et aux mains; bientôt après la diminution de température de la peau, la dyspnée, le gémissement chevrotant et interrompu, mais sans aucune toux. Malgré l'application d'une sangsue au-dessus de la partie supérieure du sternum et l'administration d'un grain de calomel avec deux grains de carbonate de magnésie à l'intérieur, l'affection alla rapidement en augmentant après une amélioration passagère d'une demi-heure. La respiration devint plus fréquente, plus inégale, quelquefois tout à fait intermittente ; l'haleine et la température de la peau devenaient plus froides. La décoloration de la peau, peu considérable dans ce cas, ne prennait une plns grande intensité qu'une heure avant la mort, mais ne devenait pas aussi forte que dans le cas précédent. L'enfant mourut par suffocation vers deux heures du matin; il perdait encore par le nez une mucosité sanguinolente en mourant.

M. le professeur Froriep, qui a fait l'autopsie de ces enfans avec un soin tout particulier, a trouvé les organes dans un état qui correspond à ce que j'avais trouvé autrefois dans des cas pareils.

Teinte violacée de la moitié supérieure du corps, ainsi que de la conjonctive, de la langue et des gencives. Engorgement sanguin du tissu cellulaire de l'aponévrose crânienne, engorgement des sinus veineux du cerveau, engorgement du cerveau même ; la base du crâne contient du sang extravasé. Réplétion des veines du cou et des veines sous-clavières. Le péricarde contient un peu de sérosité rougeâtre. Le cœur est à l'état normal, sa cavité gauche ne contient qu'une petite quantité de sang. Les cavités droites du cœur, au contraire, sont considérablement engorgées, ainsi que le tronc de l'artère pulmonaire. Le *foramen ovale et le ductus arteriosus Botali* sont ouverts. Les poumons et le cœur pèsent ensemble de 3 1/2 à 4 onces. La plus grande partie des poumons, excepté quelques plaques d'un rouge clair, montrent une teinte violacée, même brunâtre, les parties violacées ne s'élèvent pas à la surface de l'eau ; dans quelques endroits exsudation d'une sérosité brunâtre entre la plèvre et les poumons. Toutes les veines dans la partie postérieure du thorax sont engorgées d'un sang noir.

Cette affection, jusqu'à présent inaperçue, semble mériter l'attention des médecins, pour autant qu'elle est d'un caractère extrêmement dangereux ; elle mérite aussi celle des médecins-légistes, parce qu'elle peut les induire facilement en erreur lorsqu'ils sont appelés à juger un cas douteux de mort chez un enfant nouveau-né.

6. *Suites funestes du traitement antiphlogistique* ; par Badham.

Une dame, âgée de 30 ans, mère de plusieurs enfans en bonne santé, avait beaucoup souffert pendant l'année passée de deux fausses couches, dans l'une desquelles sa vie avait été

menacée par une perte. Elle devint de nouveau enceinte. Atteinte depuis un nombre d'années de maux de tête violens et héréditaires, elle les avait traités, sous le nom populaire en Angleterre, d'*affection bilieuse*, par le calomel et autres purgatifs domestiques, qui tantôt la soulagèrent, et tantôt manquèrent leur effet. A la suite des accidens susdits elle avait tellement dépéri que les lèvres étaient pâles, la figure sans couleur et que sa famille et ses amis s'apercevaient avec douleur de la faiblesse générale de sa constitution. Dans cet état des choses, bientôt après son retour de la côte de la mer, où elleavait été envoyée pour le rétablissement de sa santé, et où elle avait réellement gagné, elle fut attaquée d'un de ces accès de mal de tête constitutionnel et violent, qui cette fois-ci, semble en effet avoir été beaucoup plus violent que d'ordinaire.

On eut recours aux moyens de l'art; l'intensité de la douleur fit supposer une inflammation du cerveau ou des méninges et, en dépit des contre indications, commandées par l'histoire commémorative de la maladie, un traitement fut suivi, qui ne tarda pas à avoir les suites les plus funestes.

Une forte saignée du bras (dont le sang n'était pas couenneux) fut suivie de l'application d'une centaine de sangsues dans les différentes périodes de la maladie. On estima la quantité de sang perdu de cette manière de 60 à 70 onces. M. Badham regarde cette estimation comme étant encore beaucoup au-dessous de la réalité. Il est impossible, dit-il, d'estimer au juste la quantité de sang perdu par l'application des sangsues; de la perte occasionée par ces dernières il s'en méfie toujours plus que de celle de la saignée même. Ce qui prouve assez l'erreur du diagnostic dans ce cas, c'est que ce traitement ne fût suivi d'aucune amélioration; plus encore, on sera étonné des terribles conséquences que nous allons énumérer. Des spasmes des muscles internes et externes, accompagnés d'horribles douleurs, mît la malade dans un danger imminent qui ne dura pas moins de quinze jours. Même après quatre semaines M. Badham trouva encore la malade dans un état semblable, tirée et tortillée par les spasmes. Trempée continuellement de sueur, elle était tellement faible qu'elle était incapable de mouvoir ses extrémités ou d'élever sa tête tant soit peu; outre cela, défaut entier de sommeil, qui depuis quinze jours ne lui avait pas fait oublier un moment ses douleurs et qui résista à tous les remèdes narcotiques dont on avait fait l'essai.

L'avortement d'un fœtus de six mois eut lieu le quatorzième jour après l'attaque, huit ou neuf mois après la dernière perte éprouvée. Ce qui est remarquable c'est que l'inanition du système fut telle qu'après l'expulsion du fœtus le sang que perdit la malade n'aurait pas suffi pour tacher un mouchoir. Deux ou trois jours après la fausse couche la vue commença à lui manquer, et bientôt elle la perdit entièrement. Malgré les remèdes énergiques qu'on lui administra alors, les fonctions de l'odorat et du goût commencèrent aussi à s'éteindre. La première fut perdue entièrement et pour toujours. La seconde s'est rétablie plus tard à un certain degré. Le sens du toucher ainsi que toute faculté de préhension s'en alla bientôt avec les autres, ce qui n'augmenta pas peu la misère de la malade, le toucher étant la vue de l'aveugle. Elle ne le savait pas quand sa main était pressée par une autre, ou quand on tâtait son pouls. Ses bras et ses doigts étaient continuellement en état de spasme; pendant une nuit elle se plaignit même de la difficulté qu'elle éprouvait en avalant, de sorte que je craignis sérieusement la complication d'un tétanos, d'autant plus qu'elle accusait des douleurs dans la partie inférieure de l'épine, qui ne diminuèrent que par le moyen d'une violente pression exercée sur le dos. La douleur originaire de la tête l'avait quittée; mais elle fut remplacée par un bruit, qui ne cessait jamais et qu'elle comparait au fracas d'une grande fabrique ou au bruit de mille enclumes; en même temps qu'elle y sentait un vide comme si son cerveau lui faisait mal par défaut de sang. Ses facultés intellectuelles n'avaient pas été troublées depuis le commencement de la maladie; elle était tranquille et sensible aux attentions de ceux qui l'entouraient. Long-temps après les mauvais résultats des saignées la malade évacua plusieurs pintes d'une bile noirâtre et caustique, cause probable de souffrances primitives de la malade.

Après une longue convalescence toutes les fonctions se réglèrent de nouveau; excepté celles des sens qui restèrent perdues pour toujours.

Les réflexions sur ce cas seraient superflues, ajoute M. Badham ; c'était évidemment un divorce entre le système nerveux et sanguin. Il n'est pas moins facile de comprendre la manière dont ce *hiatus* fut provoqué. Les saignées en furent la seule et unique cause. La leçon mélancolique que nous tirons de ce fait, est peut-être moins nécessaire à présent qu'elle ne l'aurait été il y a quelques années, quand les erreurs et les dangers de la doctrine de Broussais, alors à leur hauteur, s'étaient recommandées à quelques-uns de nos *esprits forts* par leur témérité, ou aux hommes crédules par leur nouveauté. (*London medical Gazette*, 25 juillet 1835.)

Dr CANSTATT.

CONGRÈS MÉDICAL DE BELGIQUE. — PREMIÈRE SESSION.

Le congrès médical convoqué à Bruxelles le 24 septembre, a été clos le 30. La réunion était nombreuse et choisie ; elle se composait de médecins, arrivés de différens points du royaume, de pharmaciens et de quelques naturalistes. On y remarquait des médecins français, parmi lesquels M. Hunault de la Peltrie (d'Angers), que le congrès de Douai, qui venait de se clore, avait dirigé vers la Belgique. M. Jullien, le savant rédacteur de la *Revue encyclopédique*, auteur d'un grand nombre d'ouvrages estimés, ancien ami du docteur Gall et membre de la Société phrénologique de Londres, est venu s'asseoir parmi les médecins et se mêler quelquefois à leurs discussions.

Les travaux ont marché avec ensemble ; on ne s'est point arrêté à discuter des articles de réglement ; l'assemblée s'en est rapportée à cet égard à la sagesse du bureau, et à partir de la première séance, des questions importantes, la plupart d'un intérêt général pour la science et la profession médicale, ont fixé l'attention du congrès et fait le sujet de ses délibérations.

Plusieurs discours ont été lus et l'on ne s'est occupé de faits spéciaux que quand les questions d'une application générale étaient épuisées. Nous citerons particulièrement un mémoire *sur l'éclectisme en médecine et l'homœopathie*, par M. Marcq ; un discours *sur la médecine en général*, par M. Fromont, de Charleroy ; des observations *sur le vagissement intra utérin et l'opération césarienne*, considérés sous le rapport de la médecine légale, par M. Bosch, de Mastricht ; une observation d'*aliénation mentale intermittente, offrant des particularités remarquables*, par M. Brandeis, médecin de Paris ; des faits de *monstruosités humaines et de pathologie médico-chirurgicale*, par M. Burggrave, qui était venu représenter la Société de médecine de Gand, etc.

Parmi les propositions qui ont fait l'objet des discussions, celles qui ont rapport 1° aux lois et réglemens sur l'exercice de l'art de guérir ; 2° à l'homœopathie ; 3° à la responsabilité médicale ; 4° à l'érection d'une académie de médecine belge ; 5° à la patente des médecins ; 6° à la pharmacopée belge ; 7° à l'établissement d'un comité de salubrité publique, ont absorbé une grande partie des séances. Ces propositions, toutes d'un intérêt général, ont soulevé des discussions importantes dont les résultats ne peuvent manquer d'être avantageux pour la science et l'humanité, si, comme nous avons lieu de l'espérer, les vœux exprimés par le Congrès sont favorablement accueillis du gouvernement.

Avant de se séparer, l'assemblée a décidé que la seconde session du Congrès médical de Belgique aurait lieu à Bruxelles l'année prochaine ; l'époque en sera ultérieurement déterminée.

Nous nous bornons à ce peu de mots, notre prochain numéro devant être consacré entièrement au compte rendu des travaux du Congrès.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

BULLETIN *de la société de médecine de Gand.*

Sous ce titre, la Société de médecine de Gand, fondée il y a à peine un an et qui compte déjà parmi ses membres les médecins les plus instruits du royaume et de belles célébrités étrangères, publie depuis quelques mois le résumé de ses séances. Les cinq cahiers qui ont paru

comprennent les travaux de la Société depuis le mois de janvier 1835 jusqu'à la séance du 7 juillet inclusivement. Ils témoignent à la fois de l'activité de cette nouvelle compagnie savante et du zèle qui anime ses membres ; chaque séance a été féconde en travaux importans; on y remarque des analyses étendues de mémoires et observations, des extraits des rapports qui ont été lus et des discussions qu'ils ont fait naître, offrant la plupart un grand intérêt pour la science et bien propres à exciter l'émulation et à propager le goût des recherches parmi les médecins belges.

L'espace nous manque pour offrir à nos lecteurs l'analyse des faits principaux qui y sont consignés; nous devons nous borner à citer le suivant, relatif à une grossesse extra-utérine, communiqué par M. *De Smet*, de Bruges, qui nous a paru très-intéressant et que nous copions textuellement du rapport de M. *Boddaert:*

« Une femme âgée de 32 ans, mariée depuis douze ans, n'ayant pas d'enfans, présentait à six pouces au-dessous et du côté droit de l'ombilic une plaie fistuleuse, à travers laquelle se voyait une tumeur d'une forme sphérique, pédiculée, de la circonférence de 8 à 9 pouces, couverte à sa partie antérieure et supérieure d'une peau saine offrant les caractères du cuir chevelu, revêtu de cheveux longs de 2 à 3 pouces, et laissant sentir très-distinctement les os du crâne : la partie inférieure qui semblait être la face, était extrêmement gonflée et ne permettait pas de distinguer les os; deux dents incisives d'un enfant de 3 à 4 ans, se présentaient à l'ouverture de la plaie. Les renseignemens obtenus apprirent que cette femme s'était mariée à 20 ans, et qu'au bout de trois ans les signes rationnels de la grossesse se déclarèrent. Au cinquième mois lorsqu'elle sentit les mouvemens de son enfant, la pression sur l'abdomen devint très-douloureuse, surtout au-dessous et du côté droit de l'ombilic. Elle eut des constipations irrégulières avec ténesmes, ses urines offrirent par intervalle un aspect laiteux. Dans le sixième mois l'administration imprudente de deux vomitifs détermina la rupture des membranes : depuis lors la douleur se concentra du côté de l'ombilic; une tumeur dure avec rougeur se déclara dans cette région, et dans le septième mois s'abcéda. Depuis ce temps jusqu'à l'époque où elle vint consulter l'auteur, la plaie était restée fistuleuse, donnant de temps en temps issue à des cheveux ou à des osselets. Le ventre avait repris son volume naturel, la santé générale n'était pas altérée. Il était évident qu'on avait affaire à une grossesse extra-utérine. Aucune tentative pour extraire l'enfant ne fut faite ; on jugea convenable de laisser continuer la nature dans une opération qu'elle avait si admirablement commencée. »

Nous mentionnerons encore comme méritant de fixer l'attention, des observations sur l'*épilepsie*, présentées par MM. *Colson* et *Burggraeve*, et les discussions qu'elles ont provoquées; un mémoire de M. *Guislain*, sur *la débilité dans les maladies nerveuses en général; et de l'usage des toniques dans l'aliénation mentale en particulier ;* un rapport de M. *Burggraeve*, sur un mémoire de M. *Canstatt*, médecin à Bruxelles, sur l'*amaurose ;* des observations de M. le docteur *Waldack*, d'Eeclo, sur l'*emploi de l'iode dans les affections du système lymphatique ;* un rapport de M. *Houdet*, pour développer la question adoptée pour être mise au concours, question qui a pour objet l'histoire de la médecine dans notre patrie, à une époque bien glorieuse pour nous.

Dr M.... .

Question proposée pour le concours de 1836, par la société de médecine de gand.

« *Quel a été l'état des sciences médicales en Belgique, depuis Vésale jusqu'à la suppression de l'université de Louvain en* 1796*; et quels sont les médecins belges qui, pendant ce laps de temps, ont contribué par leurs écrits aux progrès de l'art de guérir?* »

Un prix de 300 francs sera accordé au meilleur travail sur cette question.

Les mémoires écrits lisiblement, en français, devront être adressés, franc de port, avant le 1er juin 1836, à M. De Nobele, secrétaire de la Société, rue des Charretiers, N° 19.

Les auteurs seront tenus d'inscrire leurs noms, qualités et demeure, sur un billet cacheté, qui portera à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

MIQUEL (M. G. F.) Recherches expérimentales sur l'oblitération des artères comme moyen hémostatique, précédées d'observations de gangrène sénile. 67

TARDIEU DE St.-ALBAN. Sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Ventenges, Pébrac et Dijon. 70

Influence de l'âge sur la taille et le poids de l'homme. 72

Observations de lithotritie. (a).

Lettre de M. Velpeau sur la lithotritie. (a).

Revue des journaux. (a).

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

HÉRING. Sur le venin des serpens comme remède. 77

Anévrisme (Extrait du *Real-Lexicon.*) 81

Correspondance. — Extrait d'une lettre sur Hahnemann à Paris. 83

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

HOURMANN ET DECHAMBRE. Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards. 220

RICHELOT. Recherches sur les épidémies de grippe. (Fin.) 226

GARIEL. Nouvelles expériences sur la méthode ectrotique de la variole. 232

MOLITOR. Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement; passage du fœtus dans la cavité abdominale; opération césarienne suivie de succès. 236

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

LALESQUE FILS. Mémoire sur l'efficacité du chlorure d'oxide de sodium dans les fièvres intermittentes. 125

GIBERT. Recherches et observations sur l'épilepsie. 130

PRUS. Note sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui règne actuellement à Paris. 134

F. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE.

BROUSSAIS (F.-J.-V.) Mémoire sur l'association du physique et du moral. 81

BAILLY (DE BLOIS.) Réponse au mémoire de M. Leuret, sur la configuration du cerveau. 87

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

DUFRESSE. De l'emploi des injections vineuses dans les cas d'hydrocèle compliquée. 201

DUFRESSE. Sur le ptéryglon. 202

LEFÈVRE. Recherches médicales sur la nature et le trai-

tement de l'asthme. (Suite et fin). 203 et 214
ELLETAN (JULES). Compte-rendu de la clinique médicale de M. le professeur Bouillaud, des mois d'avril, mai et juin. 223 et 229
LAFARGUE. Diathèse hémorrhagique héréditaire. 228
PIGEAUX. Considérations sur les causes de la rupture des tumeurs anévrysmales internes. 233

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Observations et réflexions sur la gangrène spontanée ou sénile. Son traitement par les antiphlogistiques. 69
Recherches pratiques sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte. 70
Nouvelle méthode de traitement des ulcères et de l'engorgement squirrheux ou cancinomateux du col de l'utérus, par les injections de jus de carotte crue, combinées avec le traitement antiphlogistique. 72
CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS. — Considérations pratiques sur les causes qui peuvent retarder l'expulsion de la tête du fœtus descendue dans la cavité du bassin. 73
HÔPITAL DES VÉNÉRIENS. — Considérations sur la syphilide squameuse. 73
DEVERGIE. Huitième lettre sur la médecine légale. (Des attentats à la pudeur, viol.) 74
Histoire d'une monomanie homicide guérie par les vermifuges. (a).
Considérations sur le traitement des rétrécissemens de l'urètre et des fistules urinaires, par le cathétérisme simple ou forcé. (a).
Considérations sur la méthode endermique appliquée à quelques lésions du système nerveux. (a).
Note sur le traitement de l'épilepsie par l'indigo. (a).

I. GAZETTE MÉDICALE.

GOYRAND. De la rétraction permanente des doigts; nouvelles recherches sur la nature, les causes et le traitement prophylactique et curatif de cette infirmité. 381
DEYBER. Observations sur les fractures du fémur chez les enfans. 386
Contraction continue des muscles crémasters. 387
FAURE. Recherches sur la quantité de quinquina nécessaire pour décomposer des proportions données d'émétique. ib.
GUILLEMOT. Observation de suspension instantanée et souvent réitérée de l'action cérébrale. 388
HULIN-ORIGET. Aménorrhée combattue avec succès par des sinapismes appliqués sur les mamelles. 389
MIRAULT D'ANGERS. Réponse à M. Mayor de Lausanne sur l'opération de la ligature de la langue. ib.
MOPINOT. Hydrophobie déclarée trois mois et onze jours après la morsure. 390
OINET. Mémoire sur la cause et le mécanisme de l'abaissement de la hanche dans la coxalgie et autres affections des membres inférieurs. 391
CLENDINNING. Mémoire sur l'emploi de l'hydriodate de potasse dans le traitement de la périostite et du rhumatisme articulaire chronique. 398
SCHULTZ. Recherches chimiques et physiologiques sur le sang de la veine porte. 402
Nouvelles expériences sur la créosote. 403
CLESS. Sur le délirium tremens. ib.
DURR. De l'application du cautère potentiel sur le point de réunion des sutures lambdoïde et sagitale, dans l'hydrencéphale aiguë des enfans. 404
HEYFELDER. Nouveaux exemples de sueur bleue. 405
HAUFF. D'une dégénérescence partielle du tissu cellulaire des extrémités inférieures chez les hydropiques. ib.
NICHET. Mémoire sur la nature et le traitement du mal vertébral de Pott. 407
RICORD. Lettre sur la syphilis adressée au président de la société royale académique de Nantes. 425
BÉRARD JEUNE. Chute de matrice guérie par l'élytrorraphie. 447
» Cancer de la lèvre supérieure; réparation presque complète de la lèvre. ib.
» Tic douloureux guéri par la section du nerf sous-orbitaire. ib.

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

ARRON DU VILLARDS. Quelques opérations de cataracte offrant des circonstances remarquables. 251
HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. (*Service de M. Cruveilhier.*) Accumulation de noyaux de cerises derrière un rétrécissement du colon, causé par un cancer encéphaloïde; perforation de l'intestin et péritonite. 252
ÉCOLE PRATIQUE. (*Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.*) Des lésions traumatiques de la région périorbitaire. 253, 260, 262, 268 et 277
HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*Clinique de M. Bouillaud.*) Rupture d'une caverne dans la cavité de la plèvre; hydropneumo-thorax, suivie de quelques réflexions sur le mécanisme du tintement métallique. 255
VOLPELIÈRE ET SERRE. Des rapports sympathiques de l'œil avec l'appareil gastro-intestinal dans l'étude du choléra. 258
HÔTEL-DIEU. (*Clinique de M. Roux.*) Tumeur érec-

lle de la lèvre supérieure ; opération d'après le procédé de M. Lallemand. 259
HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. (*Service de M. Pariset.*) Mouvement de la population des aliénées pendant le mois de juillet. 264
HÔTEL-DIEU. (*Service de M. Chomel.*) Résumé de la clinique médicale, pendant l'année scholaire 1834 — 1835. 265, 271 et 279
CAPELLO. Absence de contagion de la rage communiquée. 267
HÔTEL-DIEU. (*Service de M. Sanson.*) Observation de luxation spontanée de la troisième vertèbre du cou. *ib.*
» Gibbosité traumatique ; paraplégie ; galvanisation. 270
HÔPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. (*Service de M. Moulinié.*) Fongus hématode de la langue. 273
HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*Clinique de M. Velpeau.*) Leçon sur la lithotritie. 274
PINEL. Kyste séreux rendu par le vomissement. *ib.*
ROGNETTA. Des tumeurs de la région oculaire. 277
HÔTEL-DIEU. (*Service de M. Sanson.*) Observation d'ouverture de l'artère brachiale dans l'opération de la saignée ; guérison par la compression. 281
HÔPITAL St.-ANDRÉ DE BORDEAUX. (*Service de M. Moulinié.*) Rétraction de l'aponévrose plantaire, guérie par l'opération. 282
DUBOIS (F.) Nouvelles recherches sur la longévité des médecins. (Emprunté au *Bulletin médical Belge.*) (*a*).

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

PARENT-DUCHATELET. De l'influence que peuvent avoir sur la santé, les émanations provenant de la fonte, et des préparations que l'on fait subir au bitume asphaltique. 129
LOMBARD. De l'influence des professions sur la durée de la vie. 135
BARRUEL. Note sur les inconvéniens des vases de cuivre et de plomb, employés pour la préparation des alimens. 149

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

REVEILLÉ-PARISE. Considérations sur la nature, le siége et le traitement du rhumatisme. 145
De la galvano-puncture dans le traitement de quelques maladies par diminution ou cessation de l'innervation. 148
ROGNETTA. Sur l'emploi et les effets thérapeutiques du muriate de baryte. 150
SOUBEIRAN. De l'introduction des sels dans les eaux minérales et de la préparation des eaux sulfureuses. 153
De l'action thérapeutique des émétiques. 155
FUSTER. De l'emploi du musc dans quelques fièvres graves. 157
Du traitement de l'amaurose dans les hôpitaux de Paris. 159
Remarques pratiques sur certains abcès fistuleux des environs de l'anus. 161

JOURNAL DE PHARMACIE.

ROBIQUET. Composition élémentaire de l'alizarine et de l'orcine. 109
MÉNIGAUT. Conservation et reposition des médicamens. 111
BUCHNER (PÈRE ET FILS). Mémoire sur la berbérine considérée sous les rapports chimique, médical et industriel. 115
SANSON (M.). Étude sur les matières colorantes du sang. 119
Nouvelles des sciences. — Chimie. — Effets d'une froidure rigoureuse. 123
SOCIÉTÉ DE PHARMACIE. — Séance du 1er juillet 1835. 125

JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

BÉRAL. Formules de plusieurs médicamens. 69
LASSAIGNE. Analyse comparative des substances blanche et grise du cerveau. 70
» Réclamation au sujet de l'analyse du sang blanc. *ib.*
PAYEN. Notes sur les combustibles. 71
BRAGONNOT. Sur les poudres de Godernaux. 72
CHEVALLIER. Note sur le même sujet. 72
JULIA-FONTENELLE. Note sur le mudar. 73
Tribunaux. — Empoisonnement par un lavement d'acide sulfurique. 75
Société de Chimie Médicale. *ib.*
Nouvelles expériences sur l'emploi du fer hydraté contre les empoisonnemens par l'acide arsénieux. (*a*).

O. BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne; par MM. Dezeimeris, OLLIVIER (D'ANGERS) et Raige-Delorme. 181
Du rétrécissement de l'aorte, du diagnostic et du trai-

tement de cette maladie, suivi d'un cas de guérison d'anévrysme du cœur. 182
Traité des rétrécissement du canal de l'urètre et de l'intestin rectum; par Tanchou. 183
De la gravité des lésions du cou, des caractères qui peuvent faire reconnaître si elles sont l'effet de l'homicide, du suicide, d'un accident ou d'un état morbide; par M. Boileau de Castelneau. *ib.*
Traité sur les fièvres rémittentes et intermittentes; par M Nepple. 184
Philosophie de l'histoire naturelle, ou phénomènes de l'organisation des animaux et des végétaux. *ib.*
Monographie des dermatoses; par M. le Baron Alibert. 185

P. SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences. 187
Académie royale de médecine. 192
Société de médecine de Paris. 194

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES.

THIRION (E.) Mémoire sur l'ab-irritation. (Suite). 205
LUTENS (F.) Quelques considérations pratiques sur le traitement de la gonorrhée dans les hôpitaux. 215
THIRION (E.) Dystocie extraordinaire. — Tumeur fibreuse énorme développée au dépend d'une portion du col et du corps de l'utérus. — Accouchement à terme malgré la présence d'une portion de cette masse dans l'excavation du bassin. — Grossesse postérieure. — Accouchement à six mois. — Troisième grossesse parvenue à terme; la tumeur remplissait l'excavation pelvienne. — Impossibilité d'accoucher par les voies naturelles décidée par quatre accoucheurs. — Accouchement rendu immédiatement et inattenduement facile par la répulsion de la tumeur. 219
LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE. (Extraits des journaux anglais et allemands par le Dr. CANSTATT.) 221
I. Essai d'un aperçu comparatif des événemens météorologiques les plus remarquables dans leurs rapports avec les maladies, observées en 1833, par le Dr. CLARUS. 221
II. Observations sur certaines douleurs nerveuses qui s'observent surtout chez les femmes. 225
III. Communication du virus syphilitique entre le fœtus et la mère. 226
IV. Utilité du *saccharum saturni* dans les maladies fébriles compliquées d'ulcérations intestinales; par F. NASSE. 227
V. De la pneumonie des enfans nouveau-nés, par le Dr. KLUGE. *ib.*
VI. Suites funestes du traitement antiphlogistique; par BADHAM. 229
Congrès médical de Belgique. — Première session. 231

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Bulletin de la société de médecine de Gand. 232
Prix proposé par la société de médecine de Gand. 232